

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 225

(Travail du Service de M. le Dr BOUCHUT)

Le cancer d'estomac des jeunes sujets (Avant 40 ans)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 JUILLET 1939

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

JEAN PHILIPPE

né le 2 avril 1912

à LYON



PAQUET, Imprimeur
10, RUE JARENTE - LYON

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année 1922-1923 - 1^{re} 2^{de}

Thèse de Doctorat en Médecine

1

Le Docteur en Médecine

Dr. G. G. G.

(Avant 1922)

THÈSE

Présentée

à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon

pour l'obtention du Diplôme de Docteur en Médecine

par le Docteur en Médecine

par

Dr. G. G. G.

le 22 Mars 1923

LYON



PAQUET, imprimeur
17, rue Lantier - LYON

1923

Le cancer d'estomac des jeunes sujets

(Avant 40 ans)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 225

(Travail du Service de M. le Dr BOUCHUT)

Le cancer d'estomac des jeunes sujets (Avant 40 ans)

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11 JUILLET 1939

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

JEAN PHILIPPE

né le 2 avril 1912

à LYON



PAQUET, Imprimeur
10, RUE JARENTE - LYON

1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales	SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	PATEL.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Cliniques dermatologique et syphiligraphique.....	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	BONNET.
Clinique médicale infantile.....	FAVRE.
Clinique gynécologique	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique urologique	COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.....	CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses.....	TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	COURMONT.
Chimie biologique et médicale.....	J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie.....	PONTHUS.
Matière médicale et Botanique.....	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL
Anatomie	MANCEAU.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique.....	HERMANN.
Anatomie pathologique	CORDIER.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie.....	J. F. MARTIN.
Médecine légale	SANTY.
Hygiène	ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie.....	Etienne MARTIN.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie.....	ROCHAIX.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUGEOMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

M. CADE, *Président*,
MM. DEVIC, P. RAVAUULT, LEVRAT

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MA FEMME ET A MON FILS

A MA SOEUR

A MES FRERES

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur CADE
Médecin Honoraire des Hôpitaux

En reconnaissance du grand honneur
qu'il nous a fait d'accepter la présidence
de cette thèse.

Nous avons été très touché de l'accueil
bienveillant qu'il nous a réservé. Qu'il
veuille bien trouver ici l'expression de
nos sentiments respectueux.

A Mon Maître, Monsieur le Docteur BOUCHUT
Médecin Honoraire des Hôpitaux

Nous avons eu le bonheur de faire de nombreux séjours dans son service de l'Antiquaille. Nous avons toujours reçu auprès de lui l'accueil le plus aimable, et les heures si vivantes ainsi passées ont compté pour beaucoup dans notre formation médicale.

Il a bien voulu nous confier ce travail ; nous le prions de bien vouloir trouver dans l'hommage que nous lui en faisons, l'assurance de notre profonde gratitude et de notre respectueux attachement.

A MES JUGES

A Monsieur le Professeur Agrégé DEVIC
Médecin des Hôpitaux

Il a bien voulu nous accueillir dans son service hospitalier de l'Antiquaille avec une exquise bienveillance, et nous faire profiter de son enseignement érudit et souriant.

Nous le prions de croire à nos sentiments reconnaissants.

A Monsieur le Professeur Agrégé PAUPERT-RAVAULT
Médecin des Hôpitaux

Nous avons eu le bonheur de profiter de son enseignement dans le service de M. le Docteur Bouchut.

Nous lui exprimons notre profonde reconnaissance et notre sincère dévouement.

A Monsieur le Professeur Agrégé LEVRAT
Médecin des Hôpitaux

Bien que nous connaissant peu, il nous a accueilli avec la plus grande bienveillance.

Il a été pour nous le guide indispensable à qui l'on a recours dans toutes les difficultés. Il nous a prodigué sans compter ses avis éclairés et son expérience. Les heures passées auprès de lui comptent parmi les plus attrayantes. Nous le prions de croire à notre très sincère reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat :

Monsieur le Professeur Agrégé GUILLEMINET,
Monsieur le Professeur SANTY,
Monsieur le Docteur PERRIN,
Monsieur le Docteur GOYET,
Monsieur le Professeur Agrégé RHENTER,
Monsieur le Professeur CHALIER.

Internat provisoire :

Monsieur le Docteur NOVE-JOSSERAND,
Monsieur le Professeur Agrégé TRILLAT,
Monsieur le Professeur Agrégé GUILLEMINET,
Monsieur le Docteur BOUCHUT,
Monsieur le Professeur Agrégé GATE,
Monsieur le Docteur BOUCHUT.

Le Cancer d'estomac des jeunes sujets (Avant 40 ans)



CHAPITRE I

HISTORIQUE



L'histoire du cancer de l'estomac des jeunes est une histoire déjà ancienne puisque nous y trouvons les noms de médecins vivant au début du siècle dernier ; sans remonter si loin dans le passé et plus près de notre époque, nous voyons trois thèses consacrées à ce sujet ainsi que de très nombreuses publications.

Aucun de ces travaux, cependant, ne donne lieu à des redites fastidieuses ou inutiles, car chacun s'est attaché, ainsi que nous allons le voir, à un aspect particulier de la question : l'un a montré la fréquence du cancer de l'estomac chez les jeunes et ses formes atypiques ; l'autre ses formes ordinaires ; le troisième l'importance primordiale de la radiologie. Chaque travail éclaircit l'horizon de cette question embrumé très longtemps de beaucoup d'ignorance.

En effet, pendant de longues années, les auteurs se sont refusés à admettre la possibilité du cancer d'estomac avant l'âge mur, et c'est ainsi que l'on voit successivement Chardel en 1808, puis Bayle, Cayrol et Louis nier l'existence de « skirrhe » de l'estomac chez les jeunes.

Puis la question du cancer fut mise à l'ordre du jour par des articles, par des recherches pathogéniques et pathologiques, et à cette occasion, les auteurs sont à peu près unanimes à admettre qu'il n'y a pas de problème concernant le cancer d'estomac des jeunes sujets, car pour la plupart ils n'en ont jamais vu et les observations publiées sont d'un nombre infime (3 environ).

Telle est l'opinion d'auteurs français et étrangers comme : Valleix, Bamberger, Wilson Fox, Leube, Ebstein et Meissner qui admettent tous le caractère exceptionnel du cancer gastrique avant l'âge mur. Jaccoud et R. Bartholow le nient avant 40 ou 45 ans.

Cependant la question fait lentement son chemin ; différentes statistiques sont établies : Marc d'Espiné signale un cas avant trente ans sur cent cinquante neuf observations de cancer d'estomac ; Ott et Reichert 8 avant 30 ans sur 400 ; Katzenelbogen sur 60 ; Dittrich de Prague 2 sur 60 ; Lebert, 3 sur 314 en 25 ans de pratique médicale.

On put retenir de toutes ces statistiques l'idée que le cancer gastrique se voyait chez les jeunes dans la proportion de 1 à 2 % et la conclusion suivante fut tirée de tous ces travaux : le cancer gastrique des jeunes est d'une telle exception qu'il est pratiquement inexistant et qu'on ne peut en tenir compte dans la pratique clinique. Quel-

ques auteurs, cependant, recommandaient plus de prudence pour traiter ce sujet difficile et ne concluaient pas ; mais pour la plupart, l'âge restait le grand signe qui permettait, devant un cas douteux d'admettre ou d'éliminer le diagnostic de cancer d'estomac.

C'est alors qu'à la suite de recherches plus poussées notamment sur le cancer latent, Loiseaux puis Ruhle et Scheffer acquirent la certitude que la dégénérescence maligne de l'estomac s'observait à tous les âges de l'existence ; quelques années plus tard, Bard publiait deux observations de cancer gastrique chez des malades âgés de 28 ans, qui devaient servir de base à la thèse de Mathieu. Cette thèse, écrite en 1884, clot l'ère des controverses et surtout des erreurs écrites à ce sujet durant quatre-vingts ans, et fait entrer le cancer d'estomac des jeunes comme une entité véritable dans la clinique journalière.

Mathieu a réuni avec peine 27 observations de cancer du « ventricule » aux environs de trente ans ; il insiste sur la rareté relative de l'affection et surtout sur les caractères d'exception qu'il lui découvre : évolution rapide en quelques mois, symptomatologie anormale, absence des signes classiques tels que l'anorexie ou la cachexie, terminaison fréquente par des accidents plus ou moins brutaux et par conséquent méconnaissance fréquente de l'affection. Et comme autrefois on avait admis la fréquence exceptionnelle du cancer d'estomac chez les jeunes, à la suite du travail de Mathieu, on admit le caractère exceptionnel de sa symptomatologie : c'est la notion que l'on trouve, dès lors, répandue dans tous les traités classiques et ad-

mise par la plupart des auteurs : Eichorst, Bouveret, Debove, Dujardin-Baumetz, Robin.

Cependant la question n'est pas encore définitivement mise au point ; des articles originaux y sont consacrés par Osler et Mac Croe, Reinbrecht ; Gander, dans sa thèse soumise à Berne en 1904, met en doute les conclusions de celle de Mathieu. Mais ce fut Essard qui par sa thèse soutenue à Lyon en 1907, posa un nouveau jalon important dans ce travail qui semblait définitivement clos après les conclusions de Mathieu.

Essard étudie le cancer de l'estomac chez le jeune au-dessous de 25 ans, à l'occasion d'une observation de Devic où le malade présentait en outre un lymphangite pulmonaire cancéreuse. A l'aide de 75 observations puisées dans la littérature médicale, il arrive à des conclusions un peu différentes de celles de Mathieu : « le cancer de l'estomac chez le jeune n'est pas une rareté pathologique » dit-il, et de plus se présente, pour la plupart des cas, avec une symptomatologie gastrique typique analogue à celle de l'adulte ; seule l'évolution en diffère légèrement, qui peut être parfois écourtée ou allongée. Quant aux formes larvées et frustes ce sont les plus rares, Essard n'en publie que 6 observations.

On voit la différence qui sépare cette thèse de celle de Mathieu. Il semble bien en réalité qu'il faille admettre comme plus vraisemblables les idées de la thèse d'Essard, car nous les retrouvons exposées de la même façon dans une thèse beaucoup plus récente, celle de Marinoff présentée à Paris en 1932.

L'auteur s'est servi, pour étudier le cancer précoce de l'estomac avant 30 ans, des observations du service du Dr Ramond ; il conclut sur la fréquence relative de l'affection, sur sa symptomatologie presque analogue à celle de l'adulte et sur son évolution parfois plus longue, parfois plus courte. L'intérêt de cette thèse porte d'ailleurs surtout sur le chapitre radiologique, car il apparaît pour la première fois dans l'étude de cette question.

Bien loin d'avoir épuisé le sujet du cancer gastrique chez les jeunes, chacun des ouvrages précédents, dont le dernier en date est celui de Marinoff, a donné un essor nouveau à la question ; progressivement, l'idée en devient courante et se retrouve dans les thèses et les articles consacrés au cancer d'estomac. C'est ainsi que l'on trouve décrites des formes avec ascite, à symptomatologie de cancer du rectum, avec métastases ovariennes, à type pseudo-splénomégalique ; d'autres fois, il s'agit de formes compliquées de périgastrites antérieures suppurées, de réflexe œsophagien, d'anémie aiguë, etc., et ce serait vouloir faire une énumération bien fastidieuse que de donner ici la liste de tous les ouvrages où, à propos de cancer d'estomac, était citée l'observation d'un jeune sujet ; l'énumération des articles serait encore plus longue.

Le travail que nous consacrons aujourd'hui à l'étude si poussée du cancer d'estomac, nous a été proposé par M. le Docteur Bouchut et M. le Professeur agrégé Levrat.

Ces auteurs ont été frappé de la fréquence avec laquelle on rencontrait le cancer d'estomac avant 40 ans dans la statistique hospitalière de l'un d'eux ; ils nous ont proposé de traiter ce sujet en nous basant sur les observations

recueillies en dix-huit ans par M. le Docteur Bouchut dans son service.

de Médecine générale de l'Hôpital St-Pothin.

Nous étudierons ce sujet d'une façon assez neuve, car notre limite d'âge, 40 ans, est plus étendue que toutes celles adoptées avant nous ; et surtout nous l'étudierons, non plus sur des cas isolés dans la littérature, mais dans la pratique journalière d'un service hospitalier.

Le nombre d'observations que nous avons ainsi recueillies est de 20 sur une statistique de 400 observations de cancers d'estomac. Ces 20 observations feront la base de cette étude ; mais de façon à ne pas voir ce sujet sous un angle unique, nous confronterons dans chaque chapitre le résultat de nos recherches avec celles des thèses précédentes et des différentes publications parues sur ce sujet

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Il nous est apparu nécessaire, avant d'aborder les chapitres purement cliniques, de consacrer le premier de ceux-ci à des notions générales qui constitueront, en quelque sorte, le cadre dans lequel viendront se placer ultérieurement les éléments de base de la question que nous traitons.

Nous réunissons donc ici les données que nous avons recueillies sur l'âge, le sexe, les antécédents des jeunes sujets atteints de cancer d'estomac.

L'âge. — Sur les 20 observations réunies par M. le Docteur Bouchut en 18 ans dans son service de Médecine générale de l'Hôpital St-Pothin, nous trouvons :

1 cas de 13 ans ; 3 cas de 29 ans ; 1 cas de 30ans ;
1 cas de 31 ans ; 1 cas de 32 ans ; 1 cas de 33 ans ;
2 cas de 35 ans ; 1 cas de 36 ans ; 1 cas de 37 ans ;
4 cas de 38 ans ; 1 cas de 39 ans ; 3 cas de 40 ans.

Nous constatons que d'après nos observations l'affection est fréquente à partir de 29 ans et jalonne ensuite toutes les époques de la vie jusqu'à 40 ans avec cependant une

préférence marquée pour les malades âgés de : 40 ans, 38 ans, 35 ans, 29 ans. Constatons-le simplement, sans en tirer de conclusions pratiques.

Il faut noter cependant, mis à part le cas de 13 ans, l'absence totale d'observations de sujets âgés de moins de 29 ans, alors que la thèse de Marinoff en présente 6 cas sur 9 et que celle d'Essard est basée sur 71 observations de malades avant 25 ans ; nous ne pouvons donc pas faire entièrement nôtre, l'idée admise par Essard que la fréquence de l'affection croît proportionnellement avec l'âge à partir de 13 ans.

Il semble donc que le cancer gastrique puisse se rencontrer à toutes les époques de la vie des sujets jeunes et qu'ici comme dans l'âge mur, il n'y a probablement pas d'âge d'élection pour le développement des tumeurs malignes.

Le Sexe. — Le nombre des hommes l'emporte sur celui des femmes : 12 malades du sexe masculin et 8 du sexe féminin ; cette proportion est également celle que l'on retrouve dans tous les travaux concernant cette question. C'est aussi celle du cancer gastrique de l'âge mur.

Les Antécédents. — L'étude des antécédents est aussi décevante dans la forme du jeune âge que dans celle de l'âge mur ; la moitié de nos observations, soit 10, ne comporte aucun antécédent spécial, et dans les dix autres, nous trouvons à signaler les particularités suivantes : 2 malades ont des antécédents alcooliques (obs. 3-7) ; 2 autres des antécédents tuberculeux, l'un ayant présenté une astragalectomie et une pleurésie, l'autre des lésions pulmonaires nettes mais cicatrisées ; (obs. 8-20) ; un seul

de nos malades accuse un passé pathologique vraiment chargé, son frère est, en effet, mort d'un cancer du pylore à l'âge de 40 ans, et dans ses antécédents personnels on trouve des adénites cervicales de l'enfance, un éthylisme de 3 litres de vin par jour, un chancre syphilitique de la verge contracté il y a 3 ans et régulièrement traité (obs. 10) ; enfin pour les 5 autres, on ne signale dans leur vie que des affections banales : dyspepsie vague qu'on ne peut pas traiter, d'état précancéreux (obs. 2), constipation (obs. 1), bronchite chronique, sans signe clinique de tuberculose (obs. 9), affection hépatique mal déterminée accompagnée d'anémie mais ancienne et d'ailleurs passagère (obs. 5) ; seule l'observation 17 nous fournit un fait qui pourrait être intéressant : le petit malade qui en fait l'objet avait avalé 4 mois avant le début clinique de son cancer gastrique une agraffe métallique.

En résumé, il n'est pas possible de tirer des conclusions de l'étude de ces antécédents car les 2/3 de nos malades n'ont aucun passé pathologique ou bien n'ont présenté que des affections absolument banales dans leurs années antérieures ; quant au dernier 1/3 le nombre peu important d'observations qu'il comporte ne nous permet pas de conclure sur le rôle de l'alcoolisme et de la tuberculose dans le cancer d'estomac des jeunes sujets ; tel est d'ailleurs l'avis d'Essard dans sa thèse. Une seule de nos observations pourrait être intéressante à ce sujet : celle où nous avons signalé ce passé si chargé, car le malade, âgé de 35 ans, a présenté par la suite une forme de cancer à évolution particulièrement rapide ; malheureusement

le cas est unique dans nos observations et perd un peu de son intérêt.

Par contre l'absence de faits saillants dans la plupart des antécédents permet de croire que les grandes affections générales ne paraissent pas, de prime abord, favoriser particulièrement le cancer gastrique chez les jeunes : c'est le cas de l'alcoolisme, et nous nous trouvons ici du même avis que Vairel dans sa thèse (Cancer gastrique et alcoolisme. Lyon 1932-1933) ; c'est le cas aussi de la syphilis, bien qu'Horand ait admis dans sa thèse la coexistence fréquente des 2 affections. Quant à l'hérédité du cancer, nous n'en avons observé aucun cas dans les antécédents héréditaires et un seul cas dans les antécédents collatéraux de nos malades.

Enfin notons, pour être complet, l'action accélératrice d'une grossesse sur l'évolution du syndrome digestif chez une malade atteinte d'un ulcéro-cancer (obs. 1).

En somme aucun des faits précédents ne vient éclairer le problème de l'étiologie du cancer, et la question reste en suspens aussi bien chez le jeune que dans l'âge mûr.

Rien ne vient expliquer pourquoi cette affection peut quelque fois se développer avant 40 ans chez des sujets qui semblent, pour la plupart, indemnes de toute tare organique, et toutes les causes invoquées jusqu'alors paraissent aussi incapables d'expliquer le cancer gastrique des jeunes que celui de l'âge mur.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Ce titre paraît quelque peu vague, mais c'est intentionnellement que nous le donnons, car nous voulons envisager ce chapitre sous un angle essentiellement clinique et ne pas trop sacrifier à l'ordonnance d'un exposé didactique.

Envisager la question sous un angle didactique nous obligeait en effet à étudier en détails tous les symptômes : appétit, douleurs, vomissements etc., pour aboutir à la conclusion qu'ils étaient absolument identiques à ceux observés dans l'âge mur. Essard et Marinoff l'avaient très bien montré dans leur thèse ; nous n'avions pas à y revenir.

Nous avons préféré envisager la question sous l'aspect plus intéressant actuellement des formes cliniques.

Dans nos 20 observations, le cancer gastrique avant 40 ans se présente sous 3 formes cliniques différentes : la forme de l'ulcéro-cancer avec son interprétation difficile, la forme du cancer d'estomac banal avec tous ses signes

classiques, et de nombreuses formes atypiques où le diagnostic reste longtemps difficile.

Nous consacrerons une étude particulière à chacune de ces formes en nous basant essentiellement sur nos observations, mais en les complétant cependant par les idées que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale à ce sujet. Nous aurons ainsi l'avantage de posséder un point de comparaison important qui nous permettra d'envisager la question avec beaucoup plus d'esprit critique.

1. — *Formes à type d'ulcéro-cancer*

Un grand nombre de nos observations, 9 sur 20, soit 45 % se rapportent à des malades qui ont présenté dans leurs antécédents un passé ulcéreux. Nous avons ainsi été amené à traiter la question de la cancérisation des ulcères et des cancers ulcériformes, qui fait depuis si longtemps l'objet de controverses nombreuses.

Niée par Tripier et Duplant, la cancérisation des ulcères simples est au contraire admise comme très fréquente par les Américains Mayo et Moynihan, qui disent la constater dans 60 à 70 % des cas. En 1920 le congrès français de chirurgie confirme cette façon de voir et y trouve la raison d'intervenir précocement dans tous les cas d'ulcère d'estomac.

Certains auteurs français cependant, tels que Duval et Moutier, Hartman, réagissent contre cette idée, et tendent à admettre que la cancérisation des ulcères est moins fréquente qu'on veut bien le dire.

Ce débat est en dehors de notre thèse et le court historique que nous en donnons n'y figure que pour mémoire.

Nous n'avons pas cherché à approfondir la question mais nous avons pris comme guides, les idées que MM. Bouchut et Levrat ont exposées sur « La dégénérescence cancéreuse de l'ulcère d'estomac » dans le journal de médecine de Lyon de 1932 (p. 245), et sur le cancer ulcérimorfe dans la thèse de Brachet. M. Levrat dans le Journal de Médecine et de chirurgie pratique du 10 juillet 1937, s'exprime de la façon suivante sur le problème de l'ulcéro-cancer de l'estomac :

« Tout ulcéro-cancer dont l'évolution totale dure moins de 5 à 6 ans peut être à notre avis rangé avec certitude dans le groupe des cancers ulcérimorfes. Réciproquement lorsqu'un ulcère pendant plus de 10 ans avec l'aspect classique de l'ulcère simple, présentant de longues périodes de rémissions spontanées ou sous l'influence de la thérapeutique : si cet ulcère présente alors une évolution cancéreuse on a des puissantes raisons de le considérer comme un ulcère cancérisé. En effet, c'est là le délai habituel de cancérisation des inflammations chroniques et c'est une évolution exceptionnellement longue pour un cancer et surtout un cancer glandulaire. »

Il ne s'agit pas là, évidemment, de règles mathématiques mais d'arguments de probabilité et nous ne donnons pas à notre classification un caractère irréfutable. Nous basant donc sur la longueur d'évolution de nos cas, nous avons trouvé 6 observations de cancer ulcérimorfe, et 3

observations d'ulcère cancérisé ; nous allons les examiner en détail :

Le cancer ulcériforme. (obs. 1, 2, 3, 4, 5, 6.).

Une première constatation s'impose à l'étude de cette forme, c'est le nombre relativement important d'observations qu'elle comporte ; en effet, nous y trouvons réuni un peu moins du tiers de nos cas : 6 sur 20. Le fait n'est pas nouveau ; un certain nombre d'auteurs tels que Sanerot, plus récemment Gutmann et Brachet dans sa thèse, ont insisté sur la fréquence du cancer ulcériforme chez les jeunes.

Cette idée se trouve donc confirmée par nos recherches : l'âge du malade n'est pas un obstacle au développement d'un cancer ulcériforme, et il faut nécessairement y penser devant un syndrome ulcéreux douteux chez un malade jeune.

La symptomatologie du cancer ulcériforme a été décrite de diverses manières ; souvent on la représente avec une première phase ulcéreuse typique suivie d'une seconde où le cancer se révèle ; certains n'admettent pas cette conception et la critiquent violemment. La vérité paraît être, comme souvent, dans un juste milieu et ne semble pas constituer l'apanage d'une théorie particulière.

Parmi nos observation, 2 (obs. 4 et 6) présentent en effet une histoire typique d'ulcère d'estomac avec des douleurs épigastriques irradiées dans la région lombaire, un ho-raire tardif, des rémissions importantes et franches : une amélioration par la thérapeutique. Ce syndrome dure 3 à 4 ans, puis apparait très franchement une nouvelle période de douleurs continues, sans aucune rémission avec

amaigrissement, signature du cancer. L'intervention a révélé dans l'une une énorme tumeur pré-pylorique, et dans l'autre un ulcère inflammatoire, en réalité épithélioma atypique, comme l'a montré ultérieurement l'examen histologique.

Notons en passant que l'un de ces malades a présenté une accalmie de 2 ans et demi, symptôme signalé fréquemment dans le cancer ulcéreux.

Cette évolution en deux phases nettes est considérée par Brachet comme essentielle dans le cancer ulcéreux.

Gutmann a soutenu un avis différent et dans diverses publications admet comme le signe le plus important le manque de netteté des symptômes : quatre de nos observations viennent aussi illustrer cette façon de penser (ob. 1, 2, 3, 5).

Nous y retrouvons le syndrome ulcéreux mais beaucoup moins net que dans l'ulcère ; les douleurs n'ont pas d'horaire fixe ; tantôt elles sont tardives, tantôt elles précèdent ou suivent immédiatement les repas ; le malade n'est pas toujours amélioré par la thérapeutique ; le début et la fin des crises ne sont pas nets ; les périodes d'accalmie ne sont pas constantes. Enfin comme précédemment apparaissent plus ou moins vite les signes de cancer : amaigrissement ; anémie, anorexie ; il faut en général de 6 à 8 mois pour que ce nouveau tableau se constitue.

Dans ces différents cas, l'examen de l'abdomen a montré soit un syndrome de sténose du pylore soit une simple douleur épigastrique, soit une tumeur ; en somme rien que de très banal.

Dans trois de nos observations la température a oscillé

autour de 37°,8-38° ; le fait a déjà été signalé et interprété comme un phénomène de résorption.

Les conclusions à tirer de nos observations sont les suivantes : 1) le cancer ulcérimforme de l'estomac avant 40 ans n'est pas toujours caractérisé en clinique par une phase ulcéreuse typique ; il nous est apparu qu'assez souvent les signes ulcéreux manquaient de netteté, et cette imprécision dans la symptomatologie est un des signes distinctifs de l'affection, qu'il faut toujours rechercher par un interrogatoire précis.

2) Sur cinq interventions 3 ont révélé un ulcère d'aspect banal ; seule l'évolution ultérieure ou l'examen histologique ont permis de les identifier comme cancer, d'où l'intérêt de ce dernier examen.

3) L'évolution a été généralement longue : de 3 à 6 ans, ce qui ne se rencontre pas dans le cancer classique de l'âge mur ; un malade a pu être opéré 2 fois en 3 ans pour la même tumeur ; par contre un autre, le seul d'ailleurs, a évolué en 6 mois.

Les ulcères cancerisés (obs. 7, 8, 9).

Nous avons parcouru différents ouvrages consacrés à l'ulcère cancerisé pour en rechercher les signes caractéristiques ; nous avons trouvé décrits 3 symptômes d'inégale valeur : la douleur précoce et brutale suivant immédiatement les repas, le très long passé ulcéreux, l'évolution dépassant dix ans.

Il est curieux de constater que chacun de ces symptômes existe dans une ou plusieurs de nos observations : la douleur précoce décrite par Sanerot dans l'observation

8, le très long passé ulcéreux dans toutes les trois ; malheureusement on ne peut attacher à ces signes une très grande valeur pratique ; un seul est à prendre en considération : la longueur de l'évolution.

Ce signe, dont l'importance a été surtout mise en valeur par MM. Bouchut et Levrat, s'appuie davantage sur des lois générales que sur des faits précis ; nous n'avons, évidemment dans aucun de nos cas, d'examens histologiques successifs qui nous permettent de relever la transformation d'un ulcère en cancer : mais en présence d'évolution de 11 à 12 ans, comme c'est le cas ici, comment ne pas y voir la cancérisation d'une inflammation chronique, alors que le fait est admis pour tous les autres organes ? Pareille évolution serait extraordinaire pour un cancer primitif.

En dehors de cette durée exceptionnelle et d'importance capitale, l'ulcère cancérisé est caractérisé par un syndrome ulcéreux banal, décrit habituellement comme très net, mais que nous avons trouvé assez flou dans nos observations ; la cancérisation est signée par la diminution des accalmies, la persistance des douleurs qui perdent leur horaire, l'inefficacité de la thérapeutique ; enfin apparaissent à plus ou moins longue échéance l'amaigrissement, l'anorexie et l'anémie.

L'examen digestif a été 2 fois négatif et n'a montré qu'une fois une tumeur, alors qu'elle est considérée comme assez fréquente.

En résumé nous pouvons faire les remarques suivantes :

1) L'ulcère cancérisé est relativement rare avant 40 ans ; nous en possédons 3 cas sur 20 soit 15 % ; MM. Bouchut et Levrat trouvaient en 1932 une proportion chez

l'adulte de 2 à 4 % mais leur statistique portait sur 250 malades. Quoiqu'il en soit nous sommes loin des statistiques américaines.

2) Le seul signe important est bien uniquement la longueur de l'évolution.

2. — *Forme classique de cancer gastrique.*

Nous comprenons dans ce chapitre tous les cas où le diagnostic a pu être fait d'après l'interrogatoire et l'examen du malade, en dehors de tout autre examen spécial tel que la radiologie.

Nous avons ainsi réuni 4 observations, ce qui représente la proportion peu importante de 20 %. (obs. 10, 11, 12, 13.)

La symptomatologie en est absolument classique, tous les signes fonctionnels, généraux et physiques du cancer de l'âge mûr s'y trouvent assemblés ; nous allons en donner une nomenclature rapide, basée sur la fréquence avec laquelle nous avons trouvé ces différents symptômes :

Nous avons observé constamment dans nos 4 observations, la présence de vomissements alimentaires ou non, du type de stase le plus souvent ; un amaigrissement progressif et important, variant de 10 à 15 kgs au dire des malades ; et un syndrome de sténose pylorique.

Chez 3 de nos malades nous avons observé en outre des digestions lentes et pénibles, des signes d'anémie plus ou moins marqués ; l'examen a révélé une fois une tumeur épigastrique.

Deux fois nous avons trouvé de la fièvre, la température oscillant autour de 38°, ainsi qu'une anorexie persistante, élective pour les viandes et les graisses.

L'anorexie et l'adenopathie sus-claviculaire gauche n'ont été relévées qu'une seule fois.

Notons d'autre part que tous nos cas sont des cancers du pylore.

la symptomatologie du cancer gastrique, sauf 2 signes : le mœlena qui n'est pas constant ainsi que les œdèmes des membres inférieurs qui n'apparaissent qu'à la période terminale

Notons d'autre part que tous sont des cancers du pylore.

Quant à l'évolution, assez difficile à fixer rigoureusement, elle a été en gros de 3, 9, 15 et 18 mois, délais qui, sauf le premier, sont sensiblement normaux ; parmi eux nous avons une survie de 11 mois après une gastrectomie.

Cette forme classique du cancer gastrique chez le sujet jeune a été niée par Mathieu en 1884 ; Essard au contraire et Marinoff ultérieurement ont admis avec juste raison son importance ; en 1932, Morian vint confirmer cette idée en publiant un certain nombre de cas de cancer gastrique chez les jeunes où toute la symptomatologie était absolument banale.

Nos observations ne font que confirmer tous ces faits ; mais leur petit nombre dans notre statistique, la présence de formes plus importantes, ne nous permettent pas d'admettre cet aspect comme le plus courant dans le cancer d'estomac des jeunes sujets.

3. — *Formes anormales.*

Le cancer gastrique, dans les formes précédentes, se présentait avant l'âge mûr avec une symptomatologie riche en signes digestifs orientant d'emblée le diagnostic vers une affection de l'estomac. Nous allons exposer maintenant des formes plus difficiles à dépister, car leur symptomatologie est floue ou bien se cache sous le masque d'une tout autre affection : ce sont les formes frustes et les formes larvées du cancer gastrique avant 40 ans.

Les formes frustes sont celles où les symptômes très incomplets rappellent des troubles dyspeptiques vagues sans importance ; c'est alors que prend de la valeur un symptôme tel que l'amaigrissement, dont la découverte permet souvent de redresser un diagnostic hésitant. Parmi nos observations nous possédons 3 de ces formes à type dyspeptique : obs. 14, 15, 16.

Il s'agit de malades âgés respectivement de 29, 34 et 38 ans qui présentent depuis un temps variable la symptomatologie confuse des dyspeptiques : troubles névropathiques, agitation, douleurs suivant immédiatement les repas, mal localisées, accompagnées de ballonnement, etc. ; comme ce syndrome est apparu en général après une émotion, une intervention prédisposante comme l'hystérectomie, chez un sujet de caractère plus ou moins anxieux, le diagnostic de dyspepsie est porté d'autant plus facilement que l'examen digestif et l'examen général sont entièrement négatifs.

Le véritable diagnostic n'a pu être établi que par la radiologie et l'intervention. Dans 2 de nos observations, les examens radioscopiques nous ont permis de découvrir un

cancer à forme de linite gastrique ; dans la troisième seule l'intervention a permis de déceler un cancer de la face antérieure de l'estomac.

Dans ces différents cas l'examen de l'abdomen n'a rien montré de très nouveau : dans l'un il a été toujours négatif, et dans l'autre, après avoir été négatif longtemps il a fait sentir chez deux malades une tumeur, mais alors d'autres symptômes avaient déjà signé le diagnostic.

Ces signes plus importants, et ce sera notre conclusion, doivent donc être recherchés délibérément devant tout jeune malade dyspeptique ; ils n'existeront pas toujours, mais quand on trouvera au milieu d'un syndrome flou un amaigrissement marqué et certain, des vomissements alimentaires, une anémie et une asthénie qui ne cèdent pas, au traitement, parfois même une température au-dessus de la normale, il faudra savoir penser que chacun de ces signes, mêmes isolés, peut traduire un cancer, recourir à des examens radiologiques répétés et intervenir le plus vite possible.

Les formes larvées se présentent en clinique sous le masque d'une autre affection que le cancer, grâce à l'importance énorme prise par un symptôme banal ; c'est le cas de 4 de nos observations (obs. 17, 18, 19, 20).

Nous y voyons les malades consulter pour des troubles hépatiques, de l'ictère de la diarrhée ; parfois le tableau clinique est plus complexe, et le diagnostic hésite entre un ulcus à forme anémique et « une anémie symptomatique d'un état septicémique à évolution lente avec hépato et splénomégalie » (obs. 20) ; d'autres fois encore l'examen

fait penser soit à la perforation d'un ulcus latent avec abcès sous phrénique, soit à un kyste du pancréas (obs. 17).

L'examen de l'appareil digestif, dans ces cas complexes, nous a fait sentir une fois une tumeur épigastrique, une autre fois une tumeur de l'hypocondre gauche prise pour la rate ; dans les deux autres observations, l'examen a été négatif ou impossible.

Comme dans les formes frustes, le diagnostic certain n'a pu être établi que par la radiologie, l'intervention ou l'autopsie qui seules ont permis d'éclaircir définitivement une symptomatologie extrêmement riche mais assez éloignée de celle du cancer de l'estomac.

Certains symptômes nous ont paru assez fréquents dans nos cas de formes larvées pour être signalés : ce sont les douleurs épigastriques, assez vagues il est vrai, mais qui peuvent orienter utilement le diagnostic ; ce sont encore les vomissements, la température qui dans 3 de nos observations s'est maintenue à 37°,5-38° et même 39°, les signes d'anémie et d'amaigrissement

Ces formes anormales du cancer gastrique des jeunes sont connues depuis longtemps ; Mathieu, en 1884, les considérait comme caractéristiques de l'affection avant l'âge mûr ; depuis, on les a toujours regardées comme fréquentes, malgré de nombreux travaux opposés à cette idée.

Le nombre que nous avons recueilli dans nos observations est assez important, puisque nous en avons réuni 7 cas ; mais il faut reconnaître qu'ils n'ont jamais revêtu cette allure vraiment extraordinaire que l'on trouve décrite dans la littérature au sujet de cette forme ; nous

y avons en effet trouvé décrites une forme rectale, une forme floride, une forme simulant la maladie de Banti ; ailleurs il s'est agi d'un « ictère hémolytique aigu par carcinomatose de la moëlle osseuse secondaire à un cancer d'estomac » ; enfin il existe d'autres cas avec fièvre, péritonite aiguë, dysphagie, ictère ou simulant une tumeur du pancréas, une anémie pernicieuse, une affection intestinale, une granulie. Si nous nous reportons à la thèse de Mathieu nous y voyons figurer des exemples plus frappants encore : les malades se sont présentés comme atteints de cirrhose, de cancer du foie, de péritonite tuberculeuse, d'albuminurie, d'anévrysme aortique, de cancer de la rate, d'helminthiase etc.

Nous ne voulons pas prolonger cette énumération ; nous l'avons faite simplement à titre de comparaison pour mon-gastrique chez les jeunes et l'importance des méthodes nouvelles d'investigation dans le diagnostic.

Si nous nous en tenons à nos observations, nous conclurons que les formes frustes et larvées sont assez fréquentes, puisqu'elles représentent presque le tiers de notre statistique, mais qu'elles n'ont pas revêtu chez nous un aspect tellement atypique qu'on ait pu les déceler dans la plupart des cas.

Nous en avons terminé avec l'étude clinique mais avant de commencer le chapitre de l'évolution, nous voulons rappeler les traits principaux sous lesquels nous est apparu le cancer gastrique des jeunes.

Mathieu le représente avec une forme absolument atypique, Essard et plus tard Marinoff, Morian le dépeignent comme très souvent identique à celui de l'âge mûr ; quelle

opinion peut-on se faire ? Il semble que ce soit là des théories extrêmes dont la clinique s'accommode mal, car nous avons trouvé dans notre statistique des observations répondant à chacune d'elles.

Pour nous le cancer de l'estomac avant l'âge mûr nous apparaît le plus souvent sous deux aspects différents : celui de l'ulcéro-cancer (nous désignons ainsi le cancer ulcéreux et l'ulcère cancéreux) et un certain nombre de frustes ou larvées pour lesquelles le terme de formes anormales paraît trop important ; ces deux aspects correspondent à 16 de nos observations.

Ces formes non classiques sont donc les plus fréquentes ; c'est pourquoi, en terminant, nous rappelons leur difficulté de diagnostic et l'importance que prennent, de ce fait, certains symptômes tels que la durée d'évolution, la permanence des signes généraux et gastriques, l'échec d'un traitement. Ces signes suffiront souvent à orienter le diagnostic vers l'idée de cancer et l'examen radiologique viendra alors confirmer ce qui n'était au début qu'une simple hypothèse.

CHAPITRE IV

EVOLUTION CLINIQUE

Le problème de la durée de l'évolution est difficile à exposer, car on se heurte dans un très grand nombre de cas à une absence plus ou moins complète de précisions de la part du malade et de son entourage.

En effet, les observations où sont connues les dates exactes de début de la maladie et de décès du sujet sont rares : dans la plupart il manque un des facteurs précédents, et c'est le plus souvent la date de décès, car les malades, une fois sortis de l'hôpital, ne donnent plus de nouvelles.

Nous sommes donc réduits, dans la plupart des cas, à baser la durée d'évolution sur les deux données suivantes : la date approximative de début donnée par le malade et le temps pendant lequel celui-ci a pu être suivi médicalement. Nous avons ainsi établi la liste que voici en marquant simplement dans la marge des observations où la durée totale est connue :

- 2 mois (obs. 17).
- 3 mois (obs. 12).
- 8 mois (obs. 13-5).
- 10 mois (*durée totale*, obs. 20).
- 1 an (*durée totale*, obs. 14-15-16).
- 1 an et 4 mois (*durée totale* obs. 10).
- 1 an et 6 mois (*durée totale*, obs. 11).
- 3 ans (2).
- 3 ans et 8 mois (*durée totale*, 3).
- 4 ans, (obs. 4-18).
- 4 ans et 4 mois (*durée totale*, 1).
- 6 ans (19).
- 9 ans (6).
- 11 ans (7 - 9)
- 12 ans (8).

On ne peut tenir compte dans cette énumération des durées de 2, 3 et 8 mois qui y figurent, car il s'agit de durée d'évolution à l'entrée dans le service, et les malades qu'elles concernent n'ont jamais été revus.

Nous allons étudier cette durée d'évolution par rapport aux formes cliniques en commençant par les formes les plus longues, en terminant par les plus rapides.

L'évolution la plus longue se rencontre dans les *ulcères cancerisés*, où nous avons relevé 2 cas évoluant depuis 11 ans, un autre depuis 12 ans ; ce sont là d'ailleurs des délais assez minimes pour cette forme, puisque nous trouvons cités dans la thèse de Brachet des ulcères cancerisés ayant duré respectivement 37 et 17 ans.

Plus courte est l'évolution des *cancers ulcérimorphes*; nous y trouvons les chiffres suivants : 9 ans, 4 ans et 4 mois, 4 ans, 3 ans et 8 mois, 3 ans, 8 mois.

Nous tombons ensuite dans des formes beaucoup plus rapides, dont l'évolution rappelle souvent celle du cancer de l'estomac classique : ce sont les formes à symptomatologie classique et les formes anormales.

Dans les *formes analogues à celle de l'adulte*, l'évolution a duré : 1 an 1/2, 1 an et 4 mois, 9 mois, 3 mois.

Enfin nos 3 *formes frustes* ont évolué pendant environ 1 an, et les *formes larvées* pendant 6 ans, 4 ans, 10 mois, 2 mois.

La première remarque qui découle de l'étude de ces formes évolutives est la suivante : la forme foudroyante du cancer gastrique des jeunes semble ne pas être si fréquente qu'on se plaît à le répéter, puisque nous n'en relevons que 4 observations assez imprécises d'ailleurs sur les 20 que nous possédons. Il s'agit de nos évolutions de 2, 3 et 8 mois, mais comme nous l'avons dit plus haut, pour aucun de ces malades nous n'avons de date de décès, et le fait perd un peu de sa valeur. Cependant il faut noter que chacun d'eux a été envoyé en chirurgie : 3 après une laparotomie, on été reconnus inopérables ; le 4^e a subi une G. E. A., une gastrectomie étant jugée impossible. Ces constatations ne font pas présager d'une longue survie. Nous sommes cependant loin de Mathieu et Rousselin qui admettaient une durée complète de 3 à 6 mois.

Il semble donc qu'il faille rayer de la symptomatologie courante cette évolution rapide considérée encore

maintenant comme l'apanage du cancer gastrique des jeunes. Pour nous, son évolution est conditionnée par ses formes cliniques : dans les formes à symptomatologie classiques, dans les formes normales, le cancer chez le jeune présente une évolution sensiblement analogue à celle de l'adulte, c'est-à-dire qu'il évolue de 6 à 15 mois environ.

Essard et Marinoff considèrent cette durée comme la plus fréquente chez le jeune.

Les formes à type d'ulcéro-cancer (cancer ulcérimforme et ulcère cancerisé) évoluent au contraire très lentement, comme le montrent nos observations et celles que l'on trouve dans les thèses de Marinoff et de Brachet.

La notion simple que l'on doit retirer de ces faits est que le cancer gastrique des jeunes sujets est très voisin de celui de l'âge mûr, tant par ses formes cliniques que par son évolution. Il ne faut pas s'attendre à ce qu'il se révèle par une symptomatologie atypique et écourtée, mais il faut connaître ses formes diverses et l'évolution particulière à chacune d'elles en se rappelant que la seule forme exceptionnelle est la forme à évolution rapide.

CHAPITRE V

ETUDE RADIOLOGIQUE EXAMENS SPECIAUX

Si l'étude clinique du cancer gastrique des jeunes sujets, est ancienne, son aspect radiologique n'a été envisagé que très récemment.

Nous le trouvons décrit pour la première fois dans la thèse de Marinoff et dans certaines publications, à l'occasion d'observations d'ulcéro-cancer chez des jeunes.

L'étude par conséquent assez neuve que nous allons en donner, est basée sur 19 de nos observations.

La plupart de nos examens sont des radioscopies ; les radiographies sont assez rares, car un certain nombre de nos observations remontent à une époque où ces derniers examens étaient plus rarement pratiqués que maintenant. Malgré ce manque de perfection, dans notre documentation radiologique, l'écran nous a permis de déceler le cancer ou de confirmer un diagnostic dans les trois quarts de nos observations (soit 15 sur 19).

En voici la liste :

Amputation ou déformation du pylore : 10 observations.

Linite plastique : 3 observations.

Tumeur du corps de l'estomac : 1 observation.

Absence totale et permanente de contractions : 1 observation.

Les images que nous avons observées sont donc absolument classiques et ne diffèrent en rien de celles que l'on observe dans l'âge mûr ; elles en ont aussi la netteté et la permanence, et si quelquefois le diagnostic est resté un peu hésitant, c'est toujours à cause du tableau clinique atypique et non par la faute de l'image radiographique.

On voit donc de quelles ressources peut être le simple examen radioscopique dans le cancer gastrique des jeunes puisqu'il nous a toujours donné des images absolument indiscutables, faciles à interpréter qui, six fois de suite, nous a permis d'étayer un diagnostic certain de cancer, alors que la clinique était impuissante à le faire.

Deux autres de nos malades ont présenté à la radioscopie des signes d'ulcère : évacuation rapide, point douloureux localisé et persistant à plusieurs examens, sténose du pylore sans image anormale. Chez ces deux malades, l'intervention a révélé en effet, deux ulcères d'aspect banal ; malheureusement, chez l'un, l'examen histologique a révélé une transformation néoplasique et l'autre a été opéré 11 mois plus tard pour une volumineuse masse juxta-pylorique.

Les deux dernières de nos observations concernent des malades chez lesquels les examens radioscopiques ont

été absolument négatifs ; cependant, l'autopsie révélait, quelques mois après, l'existence d'un cancer de l'estomac très développé, qui, chez l'un, avait été précédé cinq mois auparavant d'un ulcère constaté à l'intervention.

En somme, la radioscopie, qui semble un examen suffisant pour déceler les formes classiques du cancer d'estomac, c'est-à-dire les formes pyloriques et les formes de linite, se révèle complètement insuffisant dans certaines formes atypiques et surtout, dans les cas où le cancer crée anatomiquement une ulcération de l'estomac. C'est tout le problème de la radiologie dans le cancer ulcériforme de l'estomac.

Ce problème a été traité très complètement par Carman, Mac Carty, Haudeck, et plus récemment par M. Gutman. Pour ces différents auteurs, le cancer ulcériforme se présente sous l'aspect le plus souvent de niches importantes, implantées largement dans une lacune mais dont les contours sont irréguliers et assez flous ; parfois les parois gastriques environnantes apparaissent déformées.

Il existe aussi des niches d'aspect différent que M. Gutman a décrites récemment sous le nom de niches en plateau : il s'agit de niches peu profondes contrairement à ce qui se voit ordinairement ; leur base d'implantation est très large et peu creusée.

Nous avons 6 observations de cancer ulcériformes ; trois à la radioscopie, ont donné une image de déformation pylorique, et les trois autres ont revêtu un aspect d'ulcère banal, retrouvé à l'intervention

Nous voyons donc que dans les trois derniers cas où il existait une ulcération, nous n'avons aucune image de niche et le diagnostic n'a pas été fait ; le nombre de nos observations est cependant trop minime pour que nous puissions en tirer des conclusions fermes, mais deux faits nous apparaissent importants :

Les niches décrites dans le cancer ulcérimforme ne sont pas constantes ; telle est aussi l'opinion de MM. Desplas et Durand, ainsi que celle de Brachet.

Il faut cependant tout mettre en œuvre pour les déceler, notamment faire des radiographies en série, car c'est le seul moyen que nous ayons de dépister, au stade de l'ulcération, le cancer ulcérimforme d'estomac. Nos observations sont malheureusement trop anciennes pour que nous ayons pu appliquer cette méthode récente, et faire opérer de façon précoce nos malades.

Quant aux autres formes de cancer gastrique, tout aussi nombreuses, il nous paraît que le simple examen radioscopique suffit à les déceler, sans préjuger cependant de la radiographie dont la pratique est actuellement trop facile pour que le clinicien s'en prive.

EXAMENS SPECIAUX

Nous entendons par examens spéciaux tous les examens chimiques de suc gastrique ou de vomissements qui ont été faits chez nos malades ainsi que les recherches de sang dans les selles par la réaction de Weber.

Ces divers examens n'ont pas apporté au diagnostic un appoint considérable ni définitif.



F Marie. — Observation 300



F Marie. — Observation XIII



F... Jean-Marie. — Observation XIV



B... Gaston. — Observation XVII

Chez 6 malades, ils ont révélé une hypochlorhydrie plus ou moins nette aidant ainsi le diagnostic ; mais 4 fois le liquide retiré s'est montré normal, et 2 fois, chez des malades porteurs de cancers ulcérimorphes, il fut hyperacide.

Il en est de même des réactions de Weber, qui ont été, à quelques examens près, aussi souvent négatives que positives.

Essard et Marinoff sont arrivés à des résultats analogues et nous concluerons avec eux, que quelque soit l'âge du malade, des examens chimiques du contenu gastrique et des selles dans le cancer d'estomac comportent des résultats assez décevants. Ils permettent d'étayer un diagnostic lorsqu'ils révèlent de l'hypochlorhydrie ou la présence de sang, mais perdent toute valeur lorsqu'ils sont négatifs.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Ce chapitre devrait être très long, car il oblige en théorie à passer en revue, pour les éliminer, toutes les affections capables de créer un syndrome digestif rappelant le cancer gastrique des jeunes sujets : c'est-à-dire les syndrômes œsophagiens, pancréatiques et intestinaux ; il faudrait aussi éliminer toutes les tumeurs du creux épigastrique qui ne sont pas cancéreuses et tous les syndrômes spéciaux que peuvent créer une métastase ou un symptôme particulier.

C'est de cette manière que Mathieu présente le diagnostic dans sa thèse ; pour lui, l'affection est souvent confondue avec des affections totalement étrangères au tube digestif telles que la cirrhose alcoolique, la péritonite tuberculeuse, et parfois même la pleuro-péritonite tuberculeuse et l'anévrisme de l'aorte. D'autre fois des signes sont localisés au tube digestif mais non à l'estomac, on pense alors à une obstruction intestinale, à des vomissements incoercibles, à un ulcère etc.

Mais à mesure que la clinique se modernise, le champ du diagnostic se rétrécit ; c'est ainsi que dans la thèse

d'Essard, les causes d'erreur sont moins nombreuses ; on voit encore cependant l'affection confondue avec une anémie pernicieuse, une tuberculose abdominale, une grossesse, des troubles névro-pathiques, etc.

Progressivement, les symptômes du cancer gastrique, avant l'âge mûr, apparaissent à la lumière et le diagnostic en devient plus facile. Marinoff dans sa thèse passée en 1932, ne trouve que deux affections importantes à éliminer : l'ulcère et la dyspepsie banale.

C'est bien avec cette simplicité de diagnostic que nous apparaît l'affection dans nos observations : 15 fois sur 20, le diagnostic a été fait ; 5 erreurs seulement ont été commises.

Chez 10 de nos malades en effet, le diagnostic de cancer de l'estomac a été fait d'emblée, soit par l'examen clinique soit par l'examen radiologique ; dans la plupart des cas une intervention a été pratiquée, qui est venue démontrer le bien fondé du diagnostic.

Les cinq malades suivants se sont présentés à l'hôpital avec une symptomatologie plus ou moins différente de celle du cancer. Dans l'observation 13, le tableau clinique est assez flou ; après l'examen le diagnostic hésite entre un cancer gastrique et un cancer colique mais plus vraisemblablement gastrique, la radioscopie vient lever le doute.

Dans l'observation 16, le malade s'est présenté avec un état général déficient, un psychisme affaibli, tous les examens ont été négatifs, et l'on a pensé longtemps à un syndrome mélancolique avec état dyspeptique, jusqu'à

ce que des examens radioscopiques répétés aient permis de diagnostiquer un cancer diffus de l'estomac.

Le malade qui fait l'objet de l'observation 19, présentait des symptômes qui faisaient penser à une affection organique, tuberculose ou cancer, qu'aucun des examens cliniques ou radiologiques ne venait confirmer, et ce n'est que devant la persistance de l'asthénie, de l'amaigrissement et des troubles digestifs, devant aussi une image radioscopique finalement très suspecte, qu'on a fait le diagnostic de linite plastique à marche lente. L'observation 9 nous montre un malade dont l'histoire clinique fait porter le diagnostic d'ulcère probable, accompagné d'hématémèse ; la radioscopie cependant montre une image suspecte d'amputation du pylore et l'intervention révèle en effet une tumeur de l'antrum pylorique.

Enfin la dernière des cinq observations (15) concerne une malade, qui fit deux séjours dans le service, au cours desquels, on porta le diagnostic, d'abord de dyspepsie banale, car tous les examens étaient négatifs, puis de cancer du foie ; seule la radioscopie révéla un cancer de l'estomac confirmé par l'intervention.

On voit dans ces cinq cas, l'importance prise par la radiologie, qui devant un tableau clinique imprécis ou atypique, permet de porter un diagnostic exact.

Les cinq erreurs de diagnostic que nous avons relevées dans nos vingt observations sont les suivantes :

Chez une première malade (obs. 20), le diagnostic basé sur l'histoire clinique est celui d'ulcère d'estomac à forme anémique, mais on note cependant l'examen radioscopique négatif et l'hypochlorhydrie du liquide gas-

trique ; bientôt l'allure clinique change totalement, et l'on porte le diagnostic plus imprécis, d'anémie symptomatique, d'un état septicémique à évolution lente avec hépato et spléno mégalie ; seule l'autopsie devait révéler le cancer gastrique

Dans l'observation 1, on se trouve en présence d'une malade qui a été opérée pour un ulcère de la petite courbure trouvé en effet à l'intervention ; elle a été envoyée ensuite dans le service, parce qu'elle se plaignait encore de douleurs gastriques, mais tous les examens ont été négatifs : on pensa à une dyspepsie banale, mais l'autopsie révéla plus tard, un ulcéro-cancer de la petite courbure de l'estomac.

L'observation suivante (3) concerne un malade qui fit de nombreux séjours dans le service pour un syndrome ulcéreux typique, confirmé par l'intervention ; onze mois plus tard une 2^e intervention révéla une volumineuse masse pylorique, montrant qu'il s'agissait en réalité d'un cancer ulcériforme.

L'histoire du malade suivant (obs. 17), est une des plus curieuses ; elle concerne un jeune sujet de 13 ans, chez lequel la radioscopie révélait un lacune pylorique, avec une image hydroaérique ; le contexte clinique expliquait très mal ces images et permettait au point de vue diagnostique les deux hypothèses suivantes : soit celle d'ulcère latent perforé, avec abcès sous-phrénique, soit celle de kyste du pancréas. L'intervention a révélé une tumeur médio-gastrique qui était effectivement perforée.

Enfin la dernière observation (4), concerne une malade atteinte de cancer ulcériforme, où le diagnostic d'ulcère a

été porté par la clinique et celui de cancer par l'examen histologique

Nous voyons que dans ces cinq erreurs de diagnostic ni le contexte clinique, ni les examens radiologiques n'ont permis de faire le diagnostic de cancer ; celui-ci n'a été établi que grâce aux autopsies, aux interventions et aux examens histologiques

Il ne s'est pas agi cependant d'erreurs grossières puisque dans la plupart de ces cas le cancer a été confondu avec l'ulcère. Cette erreur est d'autant plus regrettable cependant que sur les cinq malades qui en font l'objet trois étaient porteurs de cancer ulcérimforme qui actuellement bénéficieraient de radiographies en série.

que c'est la manière de déceler les niches particulières aux cancers ulcérimformes décrites par M. Gutman.

Si nous nous rapportons maintenant à la littérature médicale concernant le cancer gastrique des jeunes sujets, nous constatons que son diagnostic apparaît ici plus difficile et plus étendu que dans nos observations. Sans avoir la prétention d'avoir relevé tous les faits concernant ce sujet, nous allons indiquer les principales affections avec lesquelles nous avons trouvé confondu le cancer gastrique. Nous y relevons tour à tour les tumeurs du pancréas, l'ulcère d'estomac, l'ictère hémolytique, la granulie, l'anémie perniciouse, le cancer du rectum, le cancer de l'œsophage, la maladie de Banti, le cancer du gros intestin, etc...

Nous arrêtons ici cette liste qui pourrait être plus longue.

Elle montre simplement que toutes les éventualités ne se sont pas présentées dans nos observations.

Pour nous résumer, le diagnostic du cancer de l'estomac avant quarante ans peut être fait souvent, par l'examen clinique où l'examen radiologique, c'est le cas des trois quarts de nos observations.

Le diagnostic ne devient vraiment difficile qu'en présence des formes ulcéreuses du cancer de l'estomac et notamment du cancer ulcéroforme et c'est précisément dans ces cas qu'on ne saurait trop recommander de pratiquer des examens cliniques et radiologiques répétés, de faire des radiographies en série pour découvrir, aussi précocement que possible, les niches caractéristiques à large base d'implantation.

Avec les techniques actuelles de radiologie, le cancer d'estomac des jeunes sujets ne doit plus passer inaperçu, et s'il n'en a pas toujours été ainsi au cours de nos observations, il faut en accuser l'absence de radiographies en série.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Essard écrivait en 1907, au début de son chapitre de traitement : « Il n'est guère d'affection où la thérapeutique médicale active se trouve plus désarmée que dans le cancer d'estomac ». Le question n'a pas changé depuis cette date, c'est pourquoi nous n'insisterons pas davantage sur le traitement médical proprement dit et nous aborderons immédiatement le traitement chirurgical.

Essard a recueilli vingt cas où il y eut intervention : la G. E. A. a été pratiquée dix fois, les survies consécutives ont été de trois, quatre, sept et douze mois ; dans huit cas il y eut gastrectomie suivie d'une survie de trois mois et demi, sept mois au moins, et cinq ans et trois mois.

Dans la thèse plus récente de Marinoff, sur huit malades opérés, nous ne trouvons qu'une seule G. E. A., mais au contraire sept gastrectomies. Malheureusement, nous ne pouvons juger des résultats de ces gastrectomies, car il n'existe aucune indication sur la survie des malades.

Dans nos observations, nous avons recueilli douze cas avec intervention.

La G. E. A. a été pratiquée cinq fois (obs. 1, 3, 5, 6, 9) ; dans un cas le malade n'a jamais été revu, mais les quatre autres ont pu être suivi : l'un est mort au bout de cinq mois, les autres ont été revus deux mois, onze mois, trois ans après leur intervention.

Dans tous les cas cette intervention a été suivie d'une amélioration très nette mais temporaire et deux de ces malades ont pu subir, l'un une nouvelle G. E. A., trois ans après, et l'autre une gastrectomie onze mois après.

Sur trois de nos malades, la gastrectomie a été pratiquée (obs. 3, 10, 18), l'un est mort de la rupture d'une ligature quatre jours après ; les deux autres ont pu être suivis : l'un d'eux est mort un an après l'intervention, l'autre a été revu exactement 34 mois après pour un ictère par rétention.

Enfin, les quatre dernières de nos observations concernent des malades qui ont présenté à l'intervention, un cancer inopérable et qui n'ont subi ainsi qu'une simple laparotomie. Aucun de ces malades n'a été revu.

Nous n'avons pas un nombre d'observations assez grand, pour pouvoir tirer des conclusions de poids cependant, devant le nombre minime de nos gastrectomies intervention cependant la meilleure mais seulement praticable en présence de tumeur peu étendue, il nous apparaît que le diagnostic du cancer de l'estomac avant quarante ans, est fait encore trop tardivement.

La gastro-entéro-anastomose nous apparaît justifiée dans tous les cas de tumeur inextirpable et comme pre-

mier temps dans tous les cas où la gastrectomie mettrait la vie du malade en danger. Mais en dehors de ces cas assez bien définis, la gastrectomie reste l'opération de choix, notamment en présence de toute ulcération qui peut faire soupçonner un cancer ulcériforme, et devant la fréquence de cette forme chez les jeunes il est bon de se rappeler la phrase de Lecène : « il faut traiter les ulcérations calleuses gastriques comme si elles pouvaient être des cancers, donc par la résection. »

CHAPITRE VIII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas l'intention de donner une large part à l'anatomie pathologique du cancer gastrique des jeunes pour deux raisons : car le nombre de nos examens histologiques est minime ; et que cette étude ne nous paraît pas surtout différer essentiellement de celle de l'âge mûr.

Voici les quelques constatations que nous ont permises interventions, autopsies, examens histologiques.

Le siège le plus fréquent du cancer d'estomac des jeunes sujets est la région pylorique ; huit de nos observations en font foi, ainsi que les constatations faites par Mathieu, Essard et Marinoff.

Les localisations les plus fréquentes ensuite sont les différentes faces de l'estomac, (six de nos observations), et la petite courbure ; cette dernière est le siège le plus rare, nous n'avons relevé que deux localisations à ce niveau.

La forme la plus fréquente revêtue par le cancer chez nos malades est celle de la tumeur bourgeonnante qu'illustrèrent onze de nos observations.

Nous avons relevé enfin trois ulcération et un cas de cancer infiltrant toutes les parois de l'estomac.

Nos examens histologiques sont au nombre de cinq ; trois concernent des épithéliomas glandulaires typiques, avec couche glandulaire anarchique et boyaux épithéliaux ; dans les deux autres, il s'agit d'épithéliomas atypiques dont l'un était ulcéré et colloïde.

Il n'existe donc pas de différence sensible entre le cancer des jeunes et celui de l'âge mûr au point de vue histologique ; nous n'avons pas trouvé notamment une tendance spéciale à la dégénérescence colloïde.

Les métastases nous ont paru assez fréquentes et étendues, leur précocité est même pour Morian, dans un article de *Archiv. f. Klin. Chir.*, 1931, le seul signe caractéristique du cancer d'estomac des jeunes sujets. Les principaux organes que nous avons trouvés atteints de métastases sont les suivants : le foie, le diaphragme, le péritoine, le pancréas, le duodénum, l'intestin grêle, le gros intestin et les organes du petit bassin, sauf cependant l'ovaire, que nous n'avons jamais trouvé cancérisé.

Les ganglions les plus souvent atteints sont les ganglions sous-pyloriques et les ganglions de la petite courbure ; ceux du hile hépatique et du mésentère le sont plus rarement

En résumé, l'intérêt de l'anatomie pathologique dans le cancer de l'estomac avant quarante ans ne réside pas dans la découverte de formes histologiques nouvelles ; les

formes décrites, sont au contraire bien classiques ; mais l'examen microscopique systématique est le seul qui permette sûrement de déceler le cancer dans une ulcération d'aspect banal, et devant la fréquence de l'ulcéro-cancer avant quarante ans, l'examen anatomo-pathologique de toute ulcération suspecte devient indispensable.

OBSERVATIONS

(N^o 1824).

OBSERVATION I

1^{er} séjour.

M^{me} P., Marie, ménagère, est âgée de 35 ans lorsqu'elle entre dans le service du Dr Bouchut, le 10 décembre 1925.

L'histoire digestive qu'elle raconte, est bien antérieure à cette date ; en effet, depuis plus de quatre ans, elle se plaint de pesanteurs gastriques, de brûlures d'ailleurs peu intenses, puisque la malade a pu continuer son travail.

Mais, il y a quatre ans, c'est-à-dire en 1921, deux mois après un accouchement sans incident, ce syndrome digestif augmente brusquement d'intensité ; les douleurs deviennent très violentes alors qu'elles étaient vagues auparavant, sans horaire fixe, tantôt tardives, cinq à six heures après les repas, tantôt suivant immédiatement l'ingestion alimentaire. Elles s'accompagnent de vomissements, qui apparaissent alors pour la première fois et font cesser les douleurs ; il n'y a pas de sensation de faim douloureuse.

La malade continue à souffrir et en 1922, elle présente une hématemèse abondante ; en 1923 un méloena, et en septembre 1925 à nouveau une hématemèse et un méloena associés.

Durant toute cette période de quatre ans, de 1921 à 1925, la malade continue à souffrir et à vomir ; aussi présente-t-elle, à la suite de restrictions alimentaires, un état général mauvais, un amaigrissement marqué.

Cet état digestif grave la fit consulter le Dr Desgouttes, qui diagnostiqua un ulcère de la petite courbure et pratiqua le 20 novembre 1925, en raison de l'état grave de la malade, une *gastro-entero-anastomose postérieure au bouton transmésocolique*.

Le compte-rendu de l'intervention était le suivant :

« *Laparotomie médiane sus-ombilicale* ; on trouve un estomac bi-loculé par lésion probablement ulcéreuse de la petite courbure. L'estomac est adhérent par sa face postérieure. Gastro-entero-anastomose par bouton transmésocolique entre la première anse ileale et la poche supérieure (biloculation spasmodique en un point adhérent en arrière ; cette poche supérieure répond à l'union de la portion verticale et de la portion horizontale). »

Les suites opératoires sont simples, mais la malade se plaint cependant de douleurs gastriques, sans vomissements. Elle est envoyée dans le service du Dr Bouchut pour complément d'examen.

A l'entrée, le 10 décembre 1925, la malade, âgée de 35 ans, est très amaigrie ; elle dit avoir perdu 20 kgs, depuis quatre ans ; elle n'a pas de fièvre.

Depuis l'opération, les vomissements ont cessé, mais les douleurs persistent, moins violentes, mais aussi fréquentes qu'auparavant ; leur horaire est aussi capricieux.

L'examen de l'abdomen montre la cicatrice de l'opération. Toute la région de l'épigastre est douloureuse sans localisation particulière.

Le foie et la rate sont normaux.

Trois réactions de Weber ont été pratiquées du 14 au 17 décembre : l'une a été positive, les deux autres négatives.

A la radioscopie, le 13 janvier 1926, on note :

La persistance du bouton, une évacuation normale par la bouche, un léger spasme médio-gastrique sus-jacent.

Le 6 février 1926, la malade demande à quitter le service : son état général est un peu meilleur, bien qu'on ait eu grand peine à la décider à manger. Cependant, on note une amélioration sensible par la psychothérapie et l'alimentation.

2^e séjour.

La malade revient le 8 avril 1926 présentant des vomissements bilieux presque incoercibles.

Depuis sa sortie de l'hôpital le 2 février, jusqu'au 23 février, l'état de la malade a été amélioré, son poids a augmenté de 10 kgs ; mais elle n'a pu reprendre cependant une vie normale. Les douleurs, légères à la sortie de l'hôpital, ont repris leur acuité ; elles ne sont plus localisées à l'épigastre, mais s'irradient jusque dans la région sus-pubienne ; et dès la fin de février, les vomissements ont fait leur réapparition à tel point que l'alimentation est devenue presque impossible. Ces vomissements sont non seulement bilieux, mais aussi alimentaires.

L'examen révèle : une malade très affaiblie, incapable de marcher et même de s'asseoir sur son lit. Le moindre mouvement la fait vomir et le jour de son entrée, elle remplit une cuvette de 2 litres d'un liquide brunâtre contenant des débris alimentaires.

Le cœur est rapide (116-120) mais régulier ; la tension artérielle est très faible (max. 8) ; la température, qui lors du 1^{er} séjour était normale, est actuellement légèrement subfébrile à 37° 8.

L'examen des voies digestives montre la langue saburrale et l'abdomen uniformément douloureux, rendant l'examen difficile, sans localisation nette.

Les jours suivants les vomissements abondants persistent, la malade s'affaiblit progressivement malgré le traitement symptomatique ; le Dr Desgouttes propose une nouvelle intervention qu'on ne peut pratiquer vu l'état de la malade.

La mort survient le 15 avril, au milieu de vomissements moins abondants mais un peu noirâtres.

Autopsie le 16 avril 1926 :

On constate dans le péritoine l'absence de liquide, mais une série de taches de bougies disséminées à la fois sur le péritoine viscéral, sur le mésentère et sur l'épiploon. Ces ta-

ches sont particulièrement abondantes dans le petit bassin, sur le péritoine vésical, sur le ligament large ; mais il n'existe pas de néoplasme de l'ovaire, il s'agit simplement de péritonite cancéreuse.

Sur l'estomac, on constate deux choses :

1° bouton est resté au niveau de la boucle anastomotique, mais s'est déplacé et s'est mis en travers obstruant complètement la bouche.

2° Un ulcéro-cancer situé à la partie moyenne de la face postérieure près de la grande courbure. Il est constitué par une large ulcération, peu profonde, à bords un peu durs, mais peu saillants et non décollés. La sous-muqueuse et la musculuse sous-jacente sont très épaissies, lésardées.

Examen histologique d'un morceau prélevé sur l'estomac, par le Dr Bouchut :

La couche glandulaire, très développée, est très anarchique et atypique, formée d'éléments glandulaires anormaux, mêlés à des boyaux épithéliaux pleins.

La sous-muqueuse et la musculuse sont dissociées par des boyaux épithéliaux pleins ou par des cellules épithéliales isolées.

Un grand nombre de filets nerveux de la sous-muqueuse et de la musculuse sont envahis par des cellules épithéliales.

(N^o 2176).

OBSERVATION II

M^{me} C..., Marie, 36 ans, ménagère, est envoyée dans le service du Dr Bouchut pour troubles digestifs, le 4 novembre 1926.

On ne signale rien d'intéressant dans ses antécédents. La malade prétend avoir toujours eu quelques troubles digestifs ; constipée habituelle, elle se plaignait de pesanteur après les repas. Le vin et les aliments gras étaient difficilement supportés. Mais c'est depuis 1923 surtout que les troubles se sont accusés, en changeant d'ailleurs de caractère. Depuis

cette date, la malade se plaint de sensations de faim, le matin à 9 heures, avant le petit déjeuner, à 11 heures avant le repas de midi, et le soir vers 5 heures ; l'ingestion d'un seul morceau de pain calme cette faim douloureuse. Ces troubles durent quelques jours pour cesser et revenir ensuite. La malade n'a jamais vomé pendant cette période.

Au mois de mai 1925, les douleurs deviennent plus aiguës et se produisent tous les jours à horaire fixe : 5 heures de l'après-midi, 10 heures du soir, sans période de rémission.

Ces douleurs sont épigastriques, irradiées dans le dos et revêtent le type de douleurs lancinantes. La malade est soulagée par les vomissements, qui se produisent vers 1 heure du matin, débutant par des régurgitations glaireuses et se terminant par un vomissement alimentaire abondant ; ce dernier n'a pas lieu tous les jours, mais deux ou trois jours de suite seulement, car la malade surveille alors son régime et les vomissements disparaissent. Cet état digestif n'a été amélioré ni par la belladone, ni par le bicarbonate de soude, ni par le kaolin. La Gastrosodine l'aurait légèrement calmé. On ne note pas de renvois acides. L'amaigrissement est de 28 kgs depuis un an et demi.

Une radioscopie a été pratiquée le 10 novembre 1926, elle montre :

L'estomac animé de contractions péristaltiques assez violentes ; l'évacuation paraît se faire normalement à travers la région pylorique qui apparaît sinueuse et rétrécie. Cette image est fixe, immuable, au cours de deux examens. La pression faite au niveau du pylore est parfois un peu douloureuse, parfois indolore. Trois heures après l'ingestion de la baryte, l'estomac en contient encore la moitié.

Une nouvelle radioscopie est pratiquée le 17 novembre 1926.

Quatre heures après l'ingestion de baryte, l'estomac est évacué aux trois-quarts. Le bulbe duodénal ainsi que les deuxième et troisième portions sont bien dessinés. Quant à l'estomac, l'image observée est exactement identique à celle constatée lors du premier examen, bien que la malade ait

reçu des injections d'atropine ; la région pylorique est aussi anormale, son indolence est totale, sa mobilité paraît complète.

Un troisième examen radioscopique n'a montré à peu près aucune rétention gastrique.

Deux nouvelles radioscopies pratiquées les 24 novembre et 1^{er} décembre 1926 ont montré une image gastrique immuable. La région pyloro-duodénale est toujours rétrécie et à peu près complètement indolore ; les contractions de l'estomac sont toujours vives.

Un chimisme gastrique a été pratiqué à jeun ; il a montré :
HCl libre : néant.

Acidité totale : 0,45 0/00 en HCl.

Après repas d'épreuve. HCl libre : néant.

Acidité totale : 0,60 0/00 en HCl.

Cinq réactions de Weber ont été pratiquées dans les selles, du 12 au 18 novembre ; deux ont été positives, trois négatives.

La température est demeurée à 37° et légèrement au-dessus durant tout le séjour dans le service.

A la suite de ces examens successifs, *le Dr Bouchut note* :

« Malgré un état psychopathique certain, il semble bien que toute l'histoire de la malade ait un substratum organique. L'image radioscopique ci-jointe, invariable à tous les examens et malgré l'atropine, deux Weber positifs, de l'hypochlorhydrie, la persistance des phénomènes douloureux et des vomissements et enfin un amaigrissement de 28 kgs en un an et demi oriente vers le diagnostic d'un néoplasme à marche lente plutôt que vers celui d'ulcus. »

Le 2 décembre 1926, la malade, améliorée, demande à quitter le service.

OBSERVATION III

1^{er} séjour.

M. L... Pompilio, âgé de 38 ans, manœuvre, entre dans le service du Dr Bouchut le 14 décembre 1920.

Le malade accuse un «thylisme d'au moins 2 ou 3 litres de vin et de mauvaises digestions avec pituites matutinales depuis 1914. Mais depuis le mois de juin 1920, ces troubles digestifs ont beaucoup augmenté ; il s'agit de douleurs épigastriques suivant immédiatement le repas et survenant aussi bien la nuit que le jour ; elles sont accompagnées de vomissements alimentaires. L'appétit a beaucoup diminué et le malade a maigri de 8 kgs.

A l'entrée, malade de 38 ans, à l'état général satisfaisant.

L'examen de l'abdomen révèle une douleur diffuse de l'épigastre, mais on ne trouve ni clopotage à jeun ni péristaltisme.

Le reste de l'examen est négatif, la température est normale.

Une radioscopie pratiquée le 15 décembre 1920 a montré : pas de bulle d'air dans l'estomac ni dans l'angle gauche. Pas de liquide à jeun. Remplissage normal, pas de spasme. Péristaltisme d'abord nul et devenant assez vif après la palpation ; pas de point douloureux ; évacuation duodénale visible ; 10 minutes après la baryte, l'estomac est déjà aux trois quarts vides et les anses grêles apparaissent ; évacuation complète en un quart d'heure.

Après quelques jours passés dans le service, le malade est amélioré par le régime lacto-végétarien et la soupe de kaolin ; il ne souffre plus et comme les examens cliniques et radiologiques ne montrent aucun signe d'ulcère, tenant compte des antécédents éthyliques importants du malade, on fait le diagnostic de gastrite éthylique.

Le 3 janvier 1921, le malade, guéri, demande à rentrer chez lui.

2^e séjour. Le 21 mai 1921.

Le malade revient pour les mêmes troubles gastriques qu'il y a un mois. Ils surviennent maintenant, une heure et demie après les repas et s'accompagnent de régurgitations acides.

Un cathétérisme de l'estomac a été pratiqué à jeun et n'a rien ramené.

Après repas d'épreuve ; on retire 100 cc. de liquide avec quelques débris alimentaires.

Chimisme : HCl libre : 0,9.

acide de fermentation : 1,1.

acidité totale : 2,5.

HCl combiné : 0,5.

Une radioscopie a été pratiquée le 25 mai 1921 ; l'estomac se remplit normalement ; sa forme et sa contractilité sont normales ; pas de spasme duodénal.

Le 31 mai 1921, le malade ne souffre plus et demande à quitter le service.

3^e séjour. 11 décembre 1922.

Le malade revient pour les mêmes douleurs gastriques, qui ont réapparu, bien qu'il ait perdu ses habitudes éthyliques ; ces douleurs ont un horaire assez fixe : à jeun, pas de douleurs, mais une heure après le petit déjeuner, vomissements acides et douleurs, calmées par un repas pris à huit heures du matin. Nouvelles douleurs vers dix heures, jusque vers le repas de midi, que le malade prend avec appétit ; à 14 heures reprise des phénomènes douloureux jusqu'au repas du soir. Le malade signale en outre que ses vomissements sont acides, qu'il ne souffre pas en général la nuit, qu'il a remarqué quelques filets de sang dans ses régurgitations ; ses selles sont souvent noires. Les douleurs épigastriques s'irradient en ceinture jusque dans le dos et revêtent souvent le type de crampes.

Depuis son précédent séjour, le malade aurait repris 3 kgs.

L'examen de l'abdomen révèle des points douloureux diffus épigastriques, para-ombilicaux, iliaques, etc. ; on ne sent pas de tumeur ; le reste de l'examen est négatif.

Radioscopie, le 13 décembre 1922 : l'estomac est entièrement vidé en une heure et demi ; sa forme et sa contractilité sont normales ; pas de spasmes ; douleur un peu diffuse avec cependant un point un peu plus net sur la petite courbure.

Le Dr Bouchut note, le 14 décembre 1922 : « l'histoire ci-dessus est très nettement celle d'un ulcère, caractérisé par les douleurs tardives, calmées par l'ingestion des aliments et les poudres alcalines ; par l'évacuation hative de l'estomac, et, moins nettement par la constatation d'un point douloureux sur la petite courbure. Il paraît donc s'agir d'un ulcère, survenu à la faveur d'une gastrite éthylique antérieure. »

Une deuxième radioscopie a été pratiquée le 27 décembre 1922 : évacuation complète de l'estomac en une heure vingt ; après baryte, même constatation que précédemment.

Un chimisme gastrique a été pratiqué le 16 décembre 1922 :

A jeun : HCl libre : 0,73.

HCl total : 1,30.

Après repas d'épreuve : HCl libre : 0,76.

HCl total : 1,46.

Un deuxième chimisme a été pratiqué en Janvier 1923 :

A jeun, on retire 100 cc. de liquide sans débris alimentaires :

Hcl. libre : 0.

Hcl. total : 0,36.

Acide lactique : présence.

Après repas d'épreuve, on retire 170 cc. :

HCl libre : 1,54.

HCl total : 2,20.

Acide de fermentation : 0,22.

Présence d'acide lactique.

Le Dr Bouchut note le 2 janvier 1923 : « le malade a suivi jusqu'alors un régime composé de lait et de potage ; il a reçu 4 milligrammes d'atropine en injections sous-cutanées ; il n'a pas été, dit-il, très amélioré. »

Le Dr Bouchut note, le 2 février 1923 : le malade a continué le traitement par le kaolin, la belladone et le régime maigre ; très amélioré, il demande à sortir, continuant cependant à présenter des aigreurs peu de temps après les repas. »

4^e séjour. Le 8 mars 1923.

Après huit jours d'amélioration à sa sortie de l'hôpital,

le malade a recommencé à souffrir ; il s'agit d'aigreurs survenant immédiatement après les repas et de crises douloureuses épigastriques analogues aux précédentes.

A l'entrée, le malade est pâle, sans température.

A l'examen de l'abdomen, on retrouve les mêmes points douloureux diffus que lors d'un précédent examen, mais sans tumeur, ni ondes péristaltiques.

Radioscopie le 14 mars 1923 : estomac de dimensions normales, ayant en une heure évacué les deux tiers de son contenu et présentant à ce moment des signes d'hypersécrétion : 2 niveaux barytés. Après une nouvelle baryte, on ne constate ni hyperpéristaltisme, ni spasme, ni diverticule, mais seulement un point douloureux très net au niveau de la petite courbure.

Le duodenum paraît normal.

Radioscopie le 21 mars 1923 : mêmes constatations : estomac normal, avec duodenum visible dans toute son étendue, sans point douloureux précis, sans spasme, sans diverticule.

L'évacuation paraît encore assez rapide ; le péristaltisme et la mobilité sont normaux.

Un cathétérisme de l'estomac à jeun a été négatif.

Après repas d'épreuve, on retire 60 cc. :

HCl libre : 0,45.

Acide de fermentation : 0,22.

HCl total : 1,98.

Un examen d'urine a été négatif.

Une ponction lombaire a été négative au point de vue cytologique et réaction de Wassermann.

On fait passer le malade dans le service de chirurgie du Dr Desgouttes, pour intervenir sur l'ulcère d'estomac, car, malgré le traitement médical, le malade n'a pas été amélioré et demande lui-même l'intervention.

Intervention du Dr Desgouttes le 28 mars 1923 : on trouve un ulcère de la petite courbure assez volumineux, ulcère en selle situé dans le tiers inférieur de la petite courbure. Anastomose en se réservant d'intervenir pour une résection. Le malade est vu à la radioscopie le 17 mai 1923 : la baryte

passé régulièrement et rythmiquement par la bouche anastomotique ; il en passe aussi quelques rares bouchées par le pylore.

Le malade revient à la *consultation* le 5 septembre 1923 : depuis sa sortie de l'hôpital, il n'a suivi aucun régime et souffre à nouveau.

La *radioscopie* montre que la bouillie s'évacue très vite par la bouche de gastro et vingt minutes après l'estomac est vide.

Le malade est vu une nouvelle fois le 23 janvier 1924 :

Radioscopie : l'estomac se vide rapidement à la fois par le duodenum et par l'anastomose, surtout par cette dernière.

Il semble y avoir deux points douloureux à la pression : l'un sur le pylore, l'autre sur le point anastomotique.

5^e séjour. Le 26 janvier 1924.

Le malade est sorti de l'hôpital après avoir été opéré au mois de mai 1923. Il a été amélioré deux mois, puis a souffert à nouveau. Ce sont des douleurs épigastriques continues, sous forme de crises survenant deux ou trois heures après les repas, terminées par des vomissements fréquents.

Le malade dit avoir suivi scrupuleusement son régime.

L'*examen de l'abdomen* révèle un point douloureux net à trois centimètres en haut et en dehors de l'ombilic ; on ne note ni masse, ni clapotage, ni péristaltisme.

Chimisme gastrique le 2 février 1924.

HCl libre : 0.

HCl total : 0,42.

Acide et pigments biliaires abondants.

Chimisme gastrique le 4 février 1924, après repas d'épreuve :

HCl libre : 0.

Présence en grande quantité de pigments et d'acide biliaires.

HCl total : 0,87.

Le malade est envoyé dans le service de chirurgie du Dr Desgouttes.

Intervention par le Dr Desgouttes le 12 février 1924 : la parotomie sus-ombilicale sur l'ancienne cicatrice ; adhérences.

péritonéales nombreuses rendant difficile la recherche de l'estomac. On constate la présence d'une volumineuse masse juxta-pylorique, dormant au doigt la sensation d'un néoplasme. La masse est adhérente en arrière. Section du duodénum. Section et enfouissement de la tranche duodénale. On termine par la suture de la tranche gastrique. Suture de la paroi ; une mèche et un drain à l'orifice supérieure de la plaie.

Le malade décède brutalement le 18 février 1924.

A l'autopsie : on constate une hémorragie intrapéritonéale due à la rupture de la ligature d'une artère gastrique.

Examen de la pièce enlevée à l'intervention : la masse présente l'aspect d'un ulcère large et profond, calleux, mais dont les bords sont très tuméfiés, comme bourgeonnant légèrement. L'aspect est celui d'un ulcéro-cancer.

Examen anatomopathologique par le Dr Bouchut :

Il s'agit d'un néoplasme très atypique, formé de cellules épithéliales de petites dimensions, confluentes, groupées en masses plus ou moins limitées par la couche glandulaire, la sous-muqueuse et la musculuse. Nulle part on ne voit de néoformation glandulaire.

(N° 5774)

OBSERVATION IV

M^{me} Av..., âgée de 35 ans, entre à l'hôpital le 28 octobre 1935 pour des troubles gastriques. Le passé de la malade nous permet de recueillir une histoire typique d'ulcus. Depuis 4 ans, en effet, cette femme éprouve par périodes, de vives douleurs épigastriques, rythmées par l'horaire des repas de midi et du soir. La durée en est plus ou moins longue, et l'ingestion alimentaire les calme. Pas de vomissements, ni d'hématémèses.

Aux crises d'une durée de 15 jours succédaient alors des accalmies de plusieurs mois, mais depuis un an, les périodes douloureuses sont devenues plus intenses et plus rapprochées sans pour cela inquiéter la malade.

Brusquement, les faits remontent à 3 semaines ; apparaissent au cours d'une nouvelle crise douloureuse, des vomissements alimentaires, auxquels se mêle du sang noir. Leur répétition décide la malade à consulter.

L'examen clinique établit l'existence d'une sténose pylorique, chez un sujet à bon état général, qui, bien qu'ayant conservé bon appétit, a toutefois maigri notablement depuis un mois.

Par ailleurs l'examen est entièrement négatif. Courbe thermique entre 37°8 et 38°3.

La radiologie et la radioscopie confirment l'idée de sténose pylorique due, semble-t-il, à un ulcus. Pas d'image anormale. Il n'est pas pratiqué de radiographie.

Un chimisme gastrique montre :

A jeun : absence de débris alimentaires.

HCl libre 0,60 0/00.

HCl total : 1,67 0/00.

Acidité totale : 1,82 0/00.

Après repas d'épreuve : 150 cc. : quelques débris alimentaires :

HCl libre : 0,60 0/00.

HCl total : 1,82 0/00.

Acidité totale : 2,00 0/00.

La malade passe alors en chirurgie où elle est opérée par MM. Clavel et Thiers.

Voici le compte-rendu opératoire :

« Il s'agit d'un ulcère de la petite courbure juxta-pylorique, provoquant une sténose spasmodique. Grosse rétention gastrique. Ulcère d'aspect inflammatoire avec nombreux ganglions le long des deux courbures sans être macroscopiquement suspects.

Gastrectomie de droite à gauche avec rétablissement de la continuité par un billroth II au bouton transmésocolique. »

Examen macroscopique de la pièce :

Ulcère rond de la dimension d'une pièce de 1 franc, très inflammatoire, calleux, avec en son centre une petite élevation rouge et saignante.

Examen histologique (Dr J.-F. Martin) :

L'examen histologique permet d'affirmer qu'il s'agit d'une transformation néoplasique de la muqueuse gastrique. En effet, à côté du territoire où l'on retrouve des glandes encore à peu près respectées, on en voit d'autres qui ont d'ailleurs tendance à envahir les premières, où l'architecture de la muqueuse est complètement transformée et où s'est produite une inflammation massive par des cellules isolées, chargées de colloïdes restant d'ailleurs cantonnée au-dessus de la muscularis mucosae.

Il s'agit donc d'un épithélioma atypique ulcéré à son début.

Il nous a été impossible d'avoir des nouvelles de la malade.

(N° 7098)

OBSERVATION V

M. P... Jean-Marie, 32 ans, est envoyé dans le service par le Dr Bouchut, le 16 novembre 1936.

Dans ses antécédents on note que le malade aurait été soigné pendant son service militaire pour une affection légère du foie accompagnée d'anémie, qui n'aurait pas eu de suites.

L'affection actuelle a débuté, il y a six mois, c'est-à-dire au mois de mai 1936, par des pesanteurs épigastriques le matin à dix heures, qui disparaissent au bout de quelques jours pour réapparaître ensuite. Puis l'état digestif empira et le malade arrive actuellement à l'hôpital, se plaignant d'un syndrome douloureux gastrique quotidien, qui survient 2 ou 3 heures après les repas et se trouve soulagé par les alcalins et les aliments liquides. A deux reprises, le malade aurait rejeté la nuit des vomissements verdâtres mais sans aliments.

On ne note pas d'hématémèse, mais une diarrhée fréquente. Enfin le malade signale une diminution récente de l'appétit et un amaigrissement de 10 kgs.

A l'entrée, malade un peu pâle et amaigri, qui ne souffre pas actuellement.

L'examen de l'abdomen ne montre, au niveau du creux épigastrique, ni douleurs, ni clapotage à jeun. Mais la palpation profonde, au niveau de la région pancréatico-duodénale réveille une douleur. Le reste de l'examen est négatif.

Le Dr Bouchut note, le jour de l'entrée : « que les symptômes accusés par le malade évoquent l'idée d'ulcère ; toutefois, ajoute-t-il, un amaigrissement de 10 kgs, une diminution récente de l'appétit, l'absence de toute accalmie dans ce syndrome douloureux, peuvent faire suspecter, avant un examen complémentaire, une évolution néoplasique possible. »

Une 1^{re} radioscopie est pratiquée le 18 novembre 1936 ; le Dr Bouchut note :

« Une baryte, prise la veille au soir à huit heures, est encore toute entière dans l'estomac le lendemain à 11 heures. La région pylorique paraît déformée, revêtant par moments, l'image en « colde cygne », mais pas d façon absolument permanente. Il existe une tâche duodénale arrondie, persistant pendant toute la durée de l'examen. »

Une deuxième radioscopie a été pratiquée le 19 novembre 1936 par M^{me} Moreau.

La baryte, ingérée la veille à 11 heures, est complètement éliminée et se trouve dans le colon.

Examen du liquide gastrique.

Liquide à jeun : 50 cc..

Présence de débris alimentaires, de baryte et de sang.

HCl libre : 0,30 0/00.

HCl combiné : 3,7 0/00.

Acidité totale : 3,3 0/00..

Quatre réactions de Weber ont été pratiquées dans les selles qui ont été toutes quatre positives.

La température a été sensiblement normale depuis l'entrée dans le service.

Le Dr Bouchut note le 20 décembre 1936 :

« L'histoire clinique, les examens radiologiques, la radiographie, la constatation ce matin d'ondes péristaltiques, con-

firmement le diagnostic d'ulcère-cancer pylorique chez un jeune sujet avec stase importante.»

On conseille l'intervention.

Intervention le 28 novembre 1936 : Dr Santy-Francillon.
Anesthésie à l'Evipan. Laparotomie médiané.

On trouve, au niveau du pylore et de la première partie du duodénum, une volumineuse tumeur, dont le point de départ semble bien être le pylore, surtout développée à la face postérieure, longtemps adhérente au pancréas, se prolongeant dans la région sus-hépatique par de volumineux ganglions, ayant eux aussi l'aspect néoplasique. On se contente de faire une longue gastro postérieure à la suture. L'intervention est suivie d'une transfusion de 200 cc.

Radioscopie par le Dr Bouchut le 23 décembre 1936 :

Le malade est opéré depuis un mois : évacuation normale par la bouche de gastro-entéro-anastomose.

Le 26 janvier 1937, le malade vient à la consultation du service parce qu'il souffre de l'abdomen.

Le Dr Bouchut note :

« La palpation montre un petit nodule sous-cutané, au niveau de la cicatrice opératoire. »

La radioscopie montre un fonctionnement normal de la bouche gastro-entéro-anastomose.

(N° 4213).

OBSERVATION VI

1^{er} séjour.

M^{me} F... Alexandrine, 38 ans, entre dans le service, envoyée par le Dr Bouchut, le 27 avril 1931.

On ne signale rien d'intéressant dans ses antécédents.

L'affection actuelle a débuté en 1925 par des douleurs épigastriques, s'irradiant dans le dos, quatre à cinq heures après les repas ; ces douleurs, accompagnées, parfois, mais rarement, de vomissements alimentaires, étaient calmées par les

alcalins, et survenant par accès de dix jours, coupés de rémissions de plusieurs mois.

Puis, ce syndrome ulcéreux disparut en 1925 et la malade fut tranquille jusqu'au mois d'octobre 1930. A cette date, les troubles digestifs réapparurent, mais sous un jour nouveau : il s'est agi alors, de douleurs continues, quotidiennes même, sans horaire ; les vomissements devinrent très fréquents, formés plus de liquide d'hypersecrétion que de débris alimentaires.

On ne note dans cette histoire, ni hématomèse, ni méloena ; l'anorexie est peu marquée, mais la malade dit avoir maigri de 15 kgs en deux mois.

A l'entrée, malade de 38 ans, apyrétique, à l'état général peu touché.

L'examen de l'abdomen montre un ventre souple, non douloureux, mais révèle des signes de sténose du pylore : clapotage à jeun, léger degré de tension intermittente de l'épigastre, sans ondes péristaltiques.

Le reste de l'examen est négatif.

Une radioscopie est pratiquée le 28 avril 1931 ; elle révèle un estomac vertical, sans liquide résiduel ; la portion verticale est animée d'ondulations. L'évacuation s'amorce peu à peu à travers un pylore flou, difficile à distinguer, d'aspect canaliculaire.

Il y a de gros arguments en faveur d'un néoplasme de la région pylorique.

Un chimisme gastrique a été pratiqué à jeun :

Volume : 21 cc. HCl libre : 0.

HCl total : 0,90 0/00.

Le Dr Bouchut note le 30 avril 1931 :

« L'histoire clinique est celle d'un ulcéro-cancer de la région pylorique, paraissant évoluer depuis six ans environ, avec une phase d'accalmie et prenant depuis quelques mois seulement figure néoplasique. »

On fait passer la malade en chirurgie.

Intervention le 12 mai 1931 : Enorme tumeur de la région pré-pylorique avec estomac très distendu. Fixation à la tête du pancréas et extension du côté du duodénum. Adénopathies considérables. La gastrectomie semble impossible. On pratique une gastro-entéro-anatomose au bouton.

2^e séjour. Le 8 mai 1934.

Depuis sa sortie de l'hôpital, en 1931, la malade a été très améliorée, pendant neuf à dix mois ; puis, en mars 1932, les douleurs épigastriques réapparurent pour disparaître au bout d'un mois. En 1933, la malade se mit à rejeter des vomissements aqueux assez abondants, sans débris alimentaires. Ces vomissements ont persisté et depuis un mois sont devenus quotidiens, se sont accompagnés d'amaigrissement progressif et d'anorexie marquée, sans température.

La malade ne souffre à peu près pas et l'anémie n'est pas très marquée.

On sent à l'épigastre une masse dure, dont il est difficile de dire si elle appartient au foie ou à l'épiploon.

La radioscopie est pratiquée le 8 mai 1934 par M. le Dr Bouchut :

Il n'existe à peu près pas de portion horizontale de l'estomac ; l'évacuation se fait par la bouche anastomotique qui ne paraît pas envahie par la masse néoplasique.

La malade est envoyée dans le service de chirurgie du Dr Ricard.

Intervention le 18 mai 1934, D^{rs} Ricard-Gonnet :

On se trouve en présence d'une énorme tumeur de la région pylorique, très adhérente à la paroi abdominale et aux organes voisins. La tumeur se prolonge loin dans l'hypocondre gauche, s'arrête brusquement du côté de l'estomac et présente une consistance dure mais élastique. La région de l'ancienne anastomose constitue un bloc cicatriciel englobant colon, mésocolon et intestin grêle avec taches de steatonecrose.

On pratique une gastro-entéro-anastomose antérieure à la suture.

La malade quitte le service de chirurgie.

On apprend sa mort quelques mois plus tard dans un état cachectique.

(N° 2274).

OBSERVATION VII

M. R... François, 38 ans, boucher, entre dans le service envoyé par le Dr Bouchut, pour douleurs gastriques, le 30 Octobre 1926.

On ne note rien d'intéressant dans ses antécédents, si ce n'est un éthyisme marqué pendant son service militaire, mais il en serait corrigé actuellement.

En interrogeant le malade, on apprend, que depuis 1915, il est sujet à quelques troubles gastriques légers, sans caractères bien nets.

En 1921, il présente subitement une hématomèse brutale et très abondante ; puis tout rentre dans l'ordre et le malade ne souffre plus que de temps à autre, après des excès éthyliques. Ces douleurs surviennent alors deux heures après les repas, sont de courte durée et calmées par le bicarbonate de soude. Les accalmies sont de quinze jours. Cet état digestif persiste sans changement, depuis 1921 jusqu'au mois d'avril 1926. A cette date, les douleurs, bien que sans horaire, deviennent plus violentes ; les périodes d'accalmie s'espacent ; le bicarbonate devient inefficace ; le malade commence à maigrir. Cependant, on ne note ni vomissements, ni hématomèses, ni troubles du transit.

Enfin, nouvelle phase dans cette histoire digestive, le malade signale que depuis le mois d'octobre, c'est-à-dire depuis une quinzaine de jours environ, il ne souffre plus, mais dès qu'il a mangé, les aliments lui pèsent au creux épigastrique ; il les rejette aussitôt et tout rentre dans l'ordre. Les vomissements, dont se plaint le malade, ressemblent à des vomissements du type œsophagien, car ils se produisent sans effort, et les aliments liquides passent normalement alors

que les solides descendent avec peine. C'est pourquoi, bien que son appétit soit intact, le malade est très amaigri.

A l'entrée, le malade est affaibli et apyrétique.

A l'examen du tube digestif: la langue n'est pas saburrale. Le creux épigastrique est indolore, mais la palpation révèle un bruit de clapotage. On ne sent pas de tumeur. Le foie dépasse légèrement les fausses côtes.

Le reste de l'examen est négatif.

Le 3 novembre 1926 l'examen radioscopique montre : une descente œsophagienne normale avec un certain degré de stase temporaire au niveau du cardia, surtout dans la déglutition un peu abondante. On assiste parfois à des mouvements anti-péristaltiques.

L'estomac, du type canaliculaire, se remplit lentement, avec peine, et présente au niveau de la grande courbure des irrégularités en dents de scie, qui font admettre à ce niveau la présence d'un néoplasme bourgeonnant.

Une demi-heure après l'examen, l'évacuation gastrique est à peu près complète ; il doit exister incontestablement une insuffisance pylorique.

Cinq réactions de Weber ont été pratiquées dans les selles du 2 au 6 novembre ; trois ont été positives, deux négatives.

Deux autres examens radioscopiques ont été pratiqués et ont montré une image absolument identique à celle du 1^{er} examen, malgré une série d'injections d'atropine.

Une œsophagoscopie a fait voir un œsophage et un cardia absolument normaux.

En résumé, si l'on tient compte des douleurs tardives présentées autrefois par le malade et de l'hématémèse abondante survenue en 1921, il faut admettre qu'il était porteur d'un ulcère de l'estomac relativement latent et que celui-ci a subi depuis quelques temps une dégénérescence néoplasique. En effet, rien ne permet de s'arrêter au diagnostic de syphilis gastrique, ni à celui d'ulcère chronique avec périgastrite.

Il s'agit donc actuellement, à n'en pas douter, d'un néoplasme diffus, avec réduction considérable de la cavité gastrique et syndrome œsophagien symptomatique.

Le 21 novembre 1926, le malade, dont l'état est stationnaire, demande à quitter le service.

(N° 5539)

OBSERVATION VIII

M. F..., 37 ans, est envoyé dans le service par le Dr Bouchut le 10 avril 1935.

L'histoire du malade peut être résumée de la façon suivante :

1) Une bacilliose pulmonaire bilatérale des deux sommets survenues en 1928 à la suite d'une laryngite ; lésions qui semblent à peu près complètement guéries depuis 1930.

2) Depuis 1923, le malade présente des troubles gastriques sous forme de malaises post-prandiaux précoces, qui évoluent, assez régulièrement par périodes de 15 jours, avec intervalles de rémissions de plusieurs mois.

Depuis le mois de septembre 1934, ces malaises digestifs sont devenus continus et se sont accompagnés de vomissements alimentaires. Le malade dit avoir maigri de 15 kgs, mais ne présente pas d'anorexie.

A l'entrée, malade de 37 ans, apyrétique, très amaigri, sans forces.

L'examen de l'abdomen révèle, dans la région épigastrique, à gauche de la ligne médiane, une tuméfaction qui paraît adhérer à la paroi et dont la palpation est douloureuse.

L'examen pulmonaire révèle seulement une submatité des sommets et quelques bruits au sommet gauche après la toux.

Le Dr Levrat note le 12 Avril 1935 : il s'agit très vraisemblablement d'un néoplasme gastrique ; mais, étant donné l'âge, les antécédents, on peut faire quelques réserves pour le diagnostic de tuberculose gastrique.

Une radioscopie, est pratiquée par le Dr Bouchut, qui note : gros néoplasme de la portion horizontale avec évacuation pylorique à peu près suffisante.

Une réaction de Weber pratiquée dans les selles le 13 avril 1935 a été positive.

Le malade passe dans *le service de chirurgie* le 13 avril 1935.

Intervention le 19 avril 1935, par le Dr Ricard :

Enorme masse occupant toute la portion horizontale de l'estomac, dure ressemblant à une linite.

Il y a une masse couchée le long de la petite courbure, remontant presque jusqu'au cardia. Enormes ganglions : on en prélève un pour l'examen histologique. Il n'est donc pas possible de pratiquer une intervention curative quelle qu'elle soit. Fermeture soigneuse en trois plans.

Les suites ont été normales. La température n'a pas dépassé 38°, et le 6 mai 1935, le malade demande à rentrer chez lui.

L'examen histologique a montré qu'il s'est agi d'un épithélioma glandulaire typique (biopsie ganglionnaire).

(N° 3587)

OBSERVATION IX

M. R... Henri, 39 ans, maçon, entre dans le service du Dr Bouchut le 7 juin 1930 pour des troubles digestifs.

On note dans les antécédents du malade des bronchites fréquentes l'hiver qui lui ont valu une pension de guerre de 35 %.

L'affection actuelle remonte à 1919, date où le malade se plaignait de douleurs post-prandiales qui durèrent, sans changement, jusqu'en 1923 ; puis ces douleurs s'accompagnèrent de vomissements, que le malade provoque maintenant lui-même pour se soulager tellement les douleurs sont intenses. Au mois de mai dernier est survenue une hématomatose très abondante. On ne relève dans l'interrogatoire ni horaire fixe, ni amaigrissement ni asthénie.

A l'entrée, malade de 39 ans, à la température sensiblement normale, mais amaigri et pâle ; l'appétit est conservé.

L'examen de l'abdomen réveille une douleur épigastrique ainsi qu'une légère réaction de la paroi ; on ne trouve ni clapotage ni ondes péristaltiques.

Aux poumons : il ne reste actuellement aucun signe de lésion évolutive.

Le reste de l'examen est négatif.

Le Dr P. Ravault note le 10 juin 1930 :

« Malgré certaines contradictions de la symptomatologie fonctionnelle, il semble bien que l'on soit en présence d'un ulcus, donnant actuellement des douleurs post-prandiales très intenses et s'étant traduit il y a un mois par une hématurie. On est étonné par le fait que le malade provoque ses vomissements lui-même pour calmer ses douleurs et aussi parce que, d'après lui, il aurait retrouvé dans ces vomissements des aliments ingérés deux jours auparavant. Il n'y a actuellement aucun signe de sténose pylorique. »

Radioscopie le 12 juin 1930 : voile des 2/3 supérieurs du poumon gauche avec diaphragme horizontal.

Estomac : assez grosse quantité de liquide à jeun ; l'estomac est dilaté en coupe, animé de contractions assez fortes, non suivies d'évacuation. Le pylore n'est pas visible.

Un chimisme gastrique a été pratiqué à jeun le 11 juin 1930 :

Acide libre : 0,30 ‰.

Acidité totale : 1,3.

Volume retiré : 85 cc.

Cinq réactions de Weber ont été pratiquées dans les selles du 11 au 16 juin 1930 : une a été positive, quatre négatives.

Le malade n'a pas été amélioré par le traitement de l'ulcère et passe dans le service de chirurgie.

Intervention le 22 juillet 1930 : Estomac difficilement mobilisable, tumeur de l'antrum pylorique, adhérente au pylore de nature certainement maligne et inextirpable. Gastro à la suture, postérieure et trans-mésocolique.

Le malade est revu à sa sortie du service de chirurgie.

Ses vomissements ont cessé, mais les douleurs persistent. Le malade vient à la consultation le 24 septembre 1930 : il ne vomit plus et ne souffre qu'à de rares intervalles.

La radioscopie montre que l'évacuation se fait facilement et vite par la bouche anastomotique. On ne voit rien passer par le pylore.

Le malade est vu une dernière fois le 13 mai 1931. Depuis son opération, il a pris 16 kgs., mais se plaint d'nombreuses douleurs épigastriques.

A la *radioscopie* : évacuation rapide par la bouche anastomotique ; rien ne passe par le pylore ; pas d'image lacunaire sur la portion horizontale. Le malade n'est pas revenu.

(N° 5413)

OBSERVATION X

1^{er} séjour.

M. G... Ferdinand, employé, 35 ans, entre dans le service du Dr Bouchut, le 11 octobre 1934, pour douleurs gastriques accompagnées de vomissements.

Dans ses antécédents, on note que son frère est mort à 40 ans d'un cancer du pylore.

Personnellement, il a été porteur d'adénites cervicales dans l'enfance et a présenté en 1931 un chancre de la verge, régulièrement soigné. Il avoue un éthylisme de 2 ou 3 litres de vin par jour.

Les troubles actuels remontent au mois de juin 1934 ; il s'agit de pesanteurs épigastriques post-prandiales, accompagnées de vomissements alimentaires ; elles évoluent par poussées successives, apparaissant tous les quinze jours environ. On ne note ni hématemèse ni mœlena. Mais le malade a remarqué dans ses vomissements des aliments ingérés la veille.

A l'entrée, malade de 35 ans, paraissant plus âgé, pâle et amaigri.

L'examen abdominal révèle, au niveau de la région épigastrique, une induration légèrement douloureuse à la pression et surtout un clapotage à jeun important ; l'examen déclanche de très belles ondes péristaltiques

Le reste de l'examen est négatif ; la température est normale.

Le Dr Bouchut note, le 15 octobre 1934 :

Ce malade est porteur de cicatrices d'adénites cervicales suppurées bilatérales, opérées en 1918 ; il est en outre spécifique depuis trois ans, mais très régulièrement soigné. Il entre dans le service pour un syndrome de sténose pylorique progressif avec vomissements, apparu depuis quelques mois, anorexie, amaigrissement. L'examen clinique montre de belles ondes péristaltiques ; pas de phénomènes douloureux importants et l'hypothèse de néoplasme ne paraît guère discutable.

Une radioscopie a été pratiquée par le Dr Bouchut le 17 octobre 1934 :

Grand estomac dilaté en coupe, non complètement évacué au bout de 18 heures.

Contractions péristaltiques fortes, non suivies d'évacuation. On ne voit pas le pylore.

Le malade passe dans le service de chirurgie du Dr Ricard.

Intervention par le Dr Ricard, le 24 octobre 1934 :

Laparotomie médiane sus-ombilicale. Enorme tumeur pylorique envahissant tout l'antre avec d'énormes ganglions sous pyloriques s'en allant très loin sur le duodénum. Néanmoins, on peut donner au duodénum une mobilité suffisante pour permettre une gastrectomie large et satisfaisante. Celle-ci n'est pas poussée assez loin du cote duodénal à cause des masses ganglionnaires sous-pyloriques ; on rencontre là quelques difficultés du fait d'adhérences inflammatoires postérieures au niveau de la région gastro-duodénale. Enfouissement très satisfaisant du duodénum ; suture par un fil métallique.

Une radioscopie a été pratiquée par le Dr Bouchut, le 13 novembre 1934 :

Estomac s'évacuant normalement par la bouche anastomotique. Les contractions sont profondes et très fortes. Le malade revient quelques jours dans le service et demande à rentrer chez lui.

2^e séjour.

Le 23 septembre 1935.

Après sa sortie de l'hôpital le malade a engraisé de 12 kgs, il ne souffrit plus, et reprit son travail ; puis les douleurs réapparurent au mois de juillet 1935 sous forme de pesanteurs gastriques après l'ingestion alimentaire.

Ces douleurs, qui font revenir le malade, débutent une demi-heure à trois quarts d'heure après la fin des repas, durent trois à quatre heures, et se sont accompagnées d'amalgissement et d'anorexie. On ne note ni mœlena ni vomissements.

L'examen de l'abdomen révèle une masse épigastrique très volumineuse, dure et irrégulière et bloquant toute la région sus-ombilicale.

Le reste de l'examen est négatif ; la température est au-dessous de la normale.

Radioscopie le 25 septembre 1935 :

Seule la portion verticale de l'estomac est visible. La bouche d'anastomose à l'extrémité inférieure de la portion verticale paraît fonctionner très imparfaitement.

Le Dr Bouchut note le 27 septembre 1935 : il s'agit en effet de métastases épigastriques qui paraissent intéresser le péritoine, la paroi et probablement le foie, survenue 10 mois environ après une gastrectomie pour néoplasme du pylore.

Durant ce deuxième séjour dans le service, le malade s'est cachectisé lentement, et en raison des accidents sténosants, l'alimentation a été impossible.

Le malade meurt le 28 octobre 1935.

On ne peut pratiquer l'autopsie.

OBSERVATION XI

M. P. Jean-Claude, 30 ans, cultivateur, entre le 31 janvier 1920, dans le service du Dr Bouchut, pour des digestions douloureuses et difficiles. Rien d'intéressant dans ses antécédents n'est noté.

L'affection actuelle remonte au mois de juillet 1918 où le malade commence à digérer difficilement, et se plaint de pesanteur gastrique deux heures après les repas et de vomissements alimentaires. Ces phénomènes augmentent progressivement d'importance et s'accompagnent d'amaigrissement concomittant. Depuis le début du mois de janvier 1920, le malade remarque que ses téguments jaunissent, mais il ne note pas de décoloration des maitères.

A l'entrée, le malade est amaigri et ictérique.

Actuellement, l'anorexie est assez marquée, surtout pour la viande ; le malade présente des douleurs abdominales, surtout sous-ombilicales, survenant de une à trois heures après les repas et calmées par les vomissements qui leur succèdent.

On ne note ni hématemèse, ni melœna.

L'examen de l'abdomen montre des mouvements péristaltiques nets, accompagnés de tension intermittente de la région épigastriques et la palpation révèle un clapotage certain.

Le foie est gros ; on ne sent pas de tumeur. Il n'existe ni grosse rate, ni ascite.

Les selles sont grisâtres, couleur mastic.

Les urines, foncées, contiennent une grosse quantité de pigments biliaires.

Par ailleurs, on note l'adénopathie marquée des régions sus-claviculaires, surtout à gauche.

Le reste de l'examen est négatif.

Le malade, dont la température a oscillé, durant son séjour dans le service, entre 37° et 38, meurt après son arrivée, sans que soient notés d'autres renseignements.

Autopsie le 4 février 1920 :

Un peu de liquide dans le péritoine.

L'estomac est petit, rigide ; ses parois sont épaisses, infiltrées par un néoplasme diffus, s'étendant du pylore jusqu'au tiers supérieur et débordant un peu au-delà de la valvule pylorique ; on note quelques bourgeons saillant sur la première portion du duodénum.

Très nombreux ganglions le long de la petite courbure ; plus nombreux et plus gros le long du mésentère et surtout du

hie hépatique : ils compriment à ce niveau les voies biliaires et ont ainsi provoqué l'ictère.

On note aucune métastase, dans le foie ni dans le poumon.

OBSERVATION XII

M. M... Simon, 29 ans, manœuvre, entre dans le service du Dr Bluchut le 9 juin 1920 pour de l'amaigrissement, la perte de l'appétit et quelques vomissements.

Le malade est un grand blessé de guerre, il nie la syphilis.

Son histoire digestive est simple : les signes dont il se plaint remontent à 3 mois, c'est-à-dire à Pâques. Le début a été marqué par de la perte d'appétit, du dégoût, pour la nourriture en général, accompagnée de vomissements survenant tous les 3 ou 4 jours.

Ces vomissements, après avoir disparu quelques temps, ont fait leur réapparition au mois de mai, pour devenir journaliers. Il s'est agi de vomissement banaux, sans bile, sans coloration hématiche, sans aliments.

Par ailleurs, la perte de l'appétit est relative ; le malade se retient de manger parce qu'il a peur de ne pas digérer et ne souffre pas de l'estomac, mais se plaint d'un amaigrissement de 12 à 15 kgs, en deux mois.

A l'entrée, le malade est très amaigri et pâle.

L'examen de l'abdomen ne fait sentir aucune tumeur ; la palpation n'est pas douloureuse ; mais on constate une tension intermittente de l'épigastre et un estomac ptosé.

Le reste de l'examen est négatif ; pas de température.

Le 10 juin 1920 l'examen radioscopique de l'estomac révèle :

1° A jeun : une grande poche à air et du liquide résiduel malgré un cathétérisme récent.

2° L'ingestion de lait baryté dessine un estomac vertical auquel manquent tout le vestibule pyorique et le pylore. On voit au-dessous de la région medio-gastrique, à deux travers

de doigt à peu près, l'image devenir très irrégulière dessinant des contours de carte géographique ; de plus, au centre du canal, se voient des taches claires.

La grande courbure est aussi beaucoup plus irrégulière que normalement. Pendant l'expiration, le fond de l'estomac visible, semble se rétrécir et ébaucher des mouvements antipéristaltiques. En fait, ces modifications de l'image sont purement dues aux mouvements respiratoires. On note la mobilité en masse de tout le fond de l'estomac, vraisemblablement adhérent à la paroi.

Pas de contractions, pas d'ondes péristaltiques visibles en ce moment, pas de douleurs.

Le 10 juin 1920, on pratique un cathétérisme de l'estomac à jeun qui permet de ramener une grosse quantité de liquide avec résidu alimentaires.

Hc. : 0.

Hcl. combiné : 0,25.

Acidité de fermentation : 0,15.

Acidité totale : 0,50.

Weber légèrement positif.

Deux réactions de Weber ont été pratiquées dans les selles ; l'une a été faiblement positive, l'autre négative.

Deux réactions de Meyer, pratiquées dans les selles ont été négatives.

On fait le *diagnostic* de sténose pylorique avec syndrome d'intolérance gastrique. Il s'agit d'un néoplasme, qui, à la radioscopie, paraît plus étendu que l'examen clinique permettait de le supposer.

Dans le service, l'amaigrissement du malade augmente bien que l'appétit soit conservé. Les vomissements se répètent tous les deux ou trois jours et un lavage d'estomac ramène un litre de liquide.

Après avoir refusé une intervention aléatoire, le malade la demande lui-même et le Dr Desgouttes intervient le 2 juillet 1920.

A l'intervention, on constate une volumineuse masse pylorique s'étendant sur la grande courbure de l'estomac.

Généralisation à l'intestin grêle, au colon transverse, au mesocolon : généralisation très étendue.

Gastro-entéro-anastomose impossible.

(N° 6077)

OBSERVATION XIII

M^{lle} F... Marie, 40 ans, sans profession, entre dans le service du Dr Bouchut, le 25 septembre 1936, pour des phénomènes intestinaux accompagnés d'anémie. La malade n'est pas mariée et ne présente rien d'intéressant dans ses antécédents.

L'affection actuelle a débuté, au mois de janvier 1936, par des douleurs abdominales, assez peu caractéristiques siégeant, soit à droite, soit à gauche, et d'intensité très variable. Elles débutent généralement une ou une heure et demi après les repas, durent trois ou quatre heures et ne sont pas calmées par l'ingestion alimentaire. L'appétit est conservé. Cet état dyspeptique vague persiste sans changement jusqu'au mois de juin de la même année. A cette date, la malade doit quitter ses occupations, car les douleurs abdominales deviennent plus violentes et s'accompagnent de diarrhée. De plus son état général décline malgré un régime de viandes saignantes et la malade a l'impression d'avoir de la fièvre, sans cependant avoir pris sa température. Un médecin appelé diagnostique une entéro-colite, donne un traitement à base de bismuth, qui n'améliore pas sensiblement la malade. Après un répit passager au mois de juillet, l'état empire à la suite d'une faute alimentaire, et durant tout l'été, la malade souffre de douleurs abdominales aussi mal localisées qu'auparavant et de constipation opiniâtre ; son état général est mauvais, l'asthénie est marquée, l'amaigrissement est, paraît-il, de 10 kgs. depuis le mois de juin. Enfin sa température est oscillante entre 37° et 38°, avec de nombreux clochers à 38,5 et même à 39°.

Un nouveau médecin consulté pense à la fièvre de Malte, mais la sérologie est négative et la malade est envoyée à l'hôpital.

En somme, il s'agit d'un syndrome digestif douloureux, assez flou, remontant approximativement à 10 mois avec état subfébrile continu et amaigrissement notable.

Il est à noter de plus, que la malade a présenté :

1° 4 ou 5 vomissements alimentaires peu abondants 6 ou 7 heures après les repas.

2° Des alternatives de constipation et de diarrhée sans selles sanglantes.

3° Une gêne épigastrique récente, symptôme nouveau dans cette histoire digestive complexe.

A l'entrée dans le service, il s'agit d'une femme de 40 ans, anémique et amaigrie.

L'examen digestif révèle, par la palpation, un peu à gauche de l'épigastre, une masse résistante, un peu bosselée, légèrement douloureuse à la pression. Après ingestion d'eau, on perçoit autour de l'ombilic quelques vagues ondulations péristaltiques. Le foie dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes, il n'est pas douloureux. La rate est perceptible et facilement percevable sous les fausses côtes.

En somme, l'impression actuelle est qu'il s'agit d'un cancer gastrique ou colique, mais plus vraisemblablement gastrique.

Cinq réactions de Weber ont été pratiquées dans les selles en quinze jours.

Deux ont été très positives, deux légèrement positives, et une négative.

Le chimisme gastrique a montré :

A jeun : 4 cc. de liquide.

Hcl. libre : néant.

Acidité totale : 1,09 0/00.

Après repas d'épreuve : 90 cc. de liquide.

Hcl. libre : néant.

Acidité totale : 1,02 0/00.

Fond d'œil un peu pâle ; pas de trace d'hémorragie.

Au point de vue sanguin, *la numération globulaire* a montré :

2.976.000 globules rouges.

20.000 globules **blancs**.

La formule leucocytaire : Polynucléaires neutrophiles: 86 %

Moyens mono-nucléaires : 3 %.

Grands mononucléaires : 4 %.

Lymphocytes : 7 %.

Une radioscopie pratiquée le 7 octobre 1936 a révélé une amputation du pylore à contours un peu irréguliers. L'évacuation est très lente, à peu près nulle 10 minutes après l'ingestion.

Une radiographie de l'estomac montre une image lacunaire de l'antra pylorique.

Une radiographie du colon transverse montre un colon normal.

Le 12 octobre 1936 : depuis son entrée dans le service, l'état général de la malade n'a été qu'en déclinant ; actuellement elle est très affaiblie et présente depuis le début de son séjour une température faite de clochers successifs oscillant entre 37 et 38°, parfois même 39°.

La malade demande à quitter le service.

OBSERVATION XIV

1^{er} séjour.

M. F., Jean-Marie, 38 ans, employé des Pompes Funèbres, est envoyé le 15 novembre 1932, dans le service du Dr Bouchut par le Dr Vieille pour troubles gastriques.

L'histoire digestive du malade remonte au mois de septembre 1932 ; il y a **deux mois, en effet**, le malade présente brusquement, à la suite d'une émotion, une anorexie marquée pour tous les aliments, qui l'affaiblit beaucoup et lui fit perdre 10 kgs.

Après être allé **voir un médecin**, le malade est mis au régime et tout rentre dans l'ordre. Puis, surviennent dans les régions vésiculaire et épigastrique, des douleurs très localisées, qui s'irradient ensuite dans le dos, sont ressenties une heure et demi ou deux heures après les repas et amènent le malade à l'hôpital.

Il ne signale ni hématemèse, ni méloena, ni vomissements.

A l'entrée, le malade est très amaigri, sa température est normale.

L'examen de l'abdomen ne réveille aucune douleur, est entièrement négatif, ainsi que les examens des autres organes.

Une radioscopie, pratiquée le 18 novembre 1932, fait apparaître une image de linite plastique de l'estomac, dont les contractions sont très faibles ; l'évacuation paraît cependant accélérée.

Un deuxième examen radioscopique, pratiqué le 23 novembre 1932, révèle la même image que celle vue précédemment, et incline de plus en plus le diagnostic vers un néoplasme diffus de l'estomac.

Un tubage gastrique n'a permis de ramener aucun liquide.

Une réaction de Weber pratiquée dans les selles a été négative.

On note une grande discordance entre l'examen radiologique qui révèle un néoplasme probable de l'estomac et l'évolution clinique du malade qui se présente comme un dyspeptique ; en effet, depuis qu'il est dans le service le malade a repris de l'appétit et du poids.

Il demande à sortir le 23 novembre 1932.

2^e séjour.

Le malade revient dans le service le 16 août 1933.

Son état digestif a été excellent depuis le mois de novembre 1932 jusqu'au mois de mai 1933 ; à partir de cette date, apparaurent du météorisme et de la pesanteur épigastrique après les repas et le malade se mit à vomir sept à huit heures après l'ingestion alimentaire.

Il ne signale ni hématomèse, ni méloena.

Depuis trois mois l'intolérance gastrique va grandissant, l'amaigrissement est d'environ 20 kgs.

A l'entrée, le malade est très amaigri.

L'abdomen est tendu, ballonné ; on perçoit sous l'hypocondre gauche une masse indurée de surface régulière, débordant d'environ trois travers de doigt les fausses côtes ; elle comble le creux épigastrique et descend jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, où la pression est douloureuse.

Le foie n'est pas perçu.

L'état du malade rend un examen radioscopique impraticable.

Devant ces signes évidents, on fait le diagnostic de néoplasme gastrique, senti à la palpation dans tout l'épigastre. Vu l'image radioscopique du précédent séjour, il s'agit probablement d'un épithélioma gastrique diffus pseudo-linitiqué.

Le malade décède le 28 septembre 1933.

L'autopsie révèle une ascite moyennement abondante. Enorme cancer diffus bourgeonnant, étendu à toute la cavité et respectant seulement la cavité du cardia ; la masse est adhérente au foie et à la cavité antérieure. Pas d'autre métastase.

(N° 2768)

OBSERVATION XV

1^{er} séjour.

M^{me} L... Eugénie, 31 ans, ménagère, est envoyée dans le service du Dr Bouchut pour crise abdominale douloureuse, le 1^{er} juin 1928.

On note dans ses antécédents une hystérectomie pratiquée en 1923 par le Dr Pellanda et actuellement un état névropathique marqué.

L'affection, qui amène la malade, a débuté, il y a un an, c'est-à-dire en 1927, par des douleurs gastriques assez vagues, sans vomissements, et bien calmées par le Sedobrol.

Il y a un mois, c'est-à-dire en mai 1928, à la suite d'ennuis et de surmenage, la malade se mit à ressentir de violentes

douleurs au niveau de la région lombaire et de l'abdomen. Un médecin consulté constata une ptose du rein droit et conseilla le port d'une ceinture abdominale qui n'amena aucune sédation.

A l'entrée, la malade digère bien, ne vomit pas. Elle se plaint au niveau de la région rénale droite, de douleurs continues avec exacerbation nocturne. La malade ne dort plus. Pas de fièvre, pas d'amaigrissement, mais on note une agitation perpétuelle.

L'examen objectif est entièrement négatif, aussi bien pour l'estomac que pour les régions rénales. On note simplement, à la fin de l'expiration, le pôle inférieur du rein droit.

Une radioscopie, pratiquée le 20 juin 1928 par le Dr Bouchut, montre que le thorax, l'estomac, l'intestin sont normaux.

Le 23 juin 1928, la malade quitte le service.

2^e séjour.

Le 13 août 1928, la malade revient dans le service après un mois passé à la campagne, avec des alternatives d'amélioration et de rechutes. Elle est aussi agitée et nerveuse que lors de son premier séjour ; mais deux faits nouveaux sont apparus : des vomissements fréquents surajoutés aux douleurs et une perte de poids de 12 kgs au dire de la malade. La température est normale.

L'examen des voies digestives montre la langue saburrale.

L'abdomen est légèrement ballonné ; la palpation du creux épigastrique est douloureuse et révèle un gros foie lisse, débordant de trois travers de doigt le gril costal ; il se prolonge à gauche au-delà de la ligne médiane et au niveau de la région sus-ombilicale ; on a l'impression d'un ressaut.

On fait le diagnostic de néoplasme probable du foie.

Une radioscopie pratiquée le 23 août 1928 montre un estomac étiré en longueur, très descendu et comme refoulé vers la gauche. Léger arrêt de la baryte au niveau du cardia, dû à un spasme. L'estomac, situé très bas, atone, ne se contracte presque pas, mais ne montre aucune image lacunaire.

Une réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée dans le sang a été légèrement positive.

La malade passe en chirurgie le 27 août 1928.

Intervention : Drs Ricard-Freydel.

On tombe sur un gros néoplasme de la face antérieure de l'estomac avec grosse masse ganglionnaire sous-pylorique et deux noyaux de généralisation sur le foie. On referme.

(N° 3743)

OBSERVATION XVI

M. L... Joseph, 29 ans, menuisier, entre dans le service du Dr Bouchut, le 16 janvier 1931, pour des troubles abdominaux et un mauvais état général.

Ses parents sont cultivateurs ; on ne signale rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires ni collatéraux.

Il se plaint, depuis un an, de ballonnement abdominal après les repas ; son ventre, dit-il, devient tendu, douloureux. Un repos de quinze jours n'a pas amené d'amélioration ; le malade continue à souffrir de son abdomen, mais ne présente aucun trouble du transit intestinal ; il voit décliner son état général et maigrit d'environ 5 kgs ; enfin il tousse et crache légèrement.

A l'entrée, malade de 29 ans, très asthénique, au teint pâle, à l'amaigrissement marqué, un peu essoufflé ; sa température est oscillante autour de 38° ; il continue à se plaindre de son ventre, mais ne présente aucun trouble gastrique.

A l'examen, l'abdomen est un peu météorisé, dur, tendu, et douloureux à la pression, surtout sous les fausses côtes gauches. En somme, examen abdominal négatif, comme d'ailleurs l'examen général.

Le Dr Bouchut note, le 16 janvier 1931 :

« Il s'agit d'un malade pâle, anémique amaigri, sombre, peu communicatif, chez lequel l'examen objectif est véritablement négatif. Depuis plusieurs mois, il a cessé son travail et vit chez lui au ralenti. On a l'impression qu'il s'agit d'un syndrome psychasthénique, certainement assez proche

du syndrome mélancolique, et dont la cause, actuellement tout au moins, échappe. La tension artérielle est basse, mais il n'existe pas de signes addisoniens à proprement parler et il semble qu'on puisse écarter le diagnostic de bacillose des surrénales. »

Une radioscopie a été pratiquée par le Dr Bouchut le 18 janvier 1931.

Poumons clairs, hiles un peu chargés, bases libres. L'estomac petit, oblique ; colon bien dessiné et rempli dans les délais normaux.

Une deuxième radioscopie a été pratiquée le 28 janvier 1931 :

Le sommet gauche est nettement moins clair que le droit, et cependant s'éclaire à la toux. Au point de vue gastrique et intestinal, mêmes constatations qu'auparavant.

Une radiographie, pratiquée a été négative.

Examen du sang au Giemsa : nombreux polynucléaires. Pas de globules anormaux.

Numération globulaire le 14 janvier 1931 :

Globules rouges : 3.906.000.

Globules blancs : **31.000.**

Une réaction de Wassermann dans le sang a été négative le 24 janvier 1931.

Un examen de crachats n'a montré aucun bacille de Koch.

Les examens qualitatif et quantitatif d'urine ont été négatifs.

Un toucher rectal a montré une prostate un peu grosse sans autre signe.

Le Dr Bouchut note le 9 février 1931 : « depuis l'entrée, le malade reste pâle, très las, très faible ; il a maigri de 2 kgs et sa température a oscillé entre 38° et 39°. Ni l'examen clinique, ni l'examen radioscopique n'ont révélé jusqu'alors de signes de tuberculose pulmonaire. On ne constate pas non plus de signes de bacillose intestinale ou péritonéale ; pas de signes non plus, au moins jusqu'alors de néoplasme latent. »

Une nouvelle radioscopie a été pratiquée le 11 février 1931 :

Les constatations sont identiques ; l'estomac est petit, étroit, oblique, haut situé. On ne voit pas de contractions importantes ; même en oblique, il est impossible de discerner le pylore et le duodénum. Pas d'image lacunaire. Il est difficile de dire s'il s'agit d'un petit estomac refoulé par une masse abdominale ou par un processus péritonéal, ou s'il s'agit d'un estomac de limite plastique diffuse. Contre cette dernière interprétation, il faut signaler l'absence de stase œsophagienne et l'absence d'insuffisance pylorique apparente.

Un chimisme gastrique à jeun a été pratiqué le 10 février 1931, il a permis de retirer 60 cc. de liquide bilieux, sans débris alimentaires ; l'analyse a montré :

Volume : 38 cc.

HCl libre : 0,365 0/00.

HCl combiné : 0,95 0/00.

HCl total : 1,30.

Un chimisme gastrique a été pratiqué après repas d'épreuve, il a montré :

Volume 28 cc.

HCl libre : 0,50 0/00.

HCl combiné : 1,90 0/00.

HCl total : 2,40 0/00.

Deux réactions de Weber ont été pratiquées dans les selles, elles ont toutes été négatives.

Une deuxième numération globulaire a été faite :

Globules rouges : 4.216.000.

Globules blancs : 35.000.

La formule sanguine a été :

Polynucléaires neutrophiles : 84 %.

Lymphocytes : 6 %

Grands mononucléaires : 4 %

Eosinophiles : 2 %.

Myélocytes : 2 %.

Métamyélocytes : 2 %.

Enfin, une dernière radioscopie a été pratiquée le 18 février 1931.

Elle a fourni les mêmes constatations que précédemment : estomac oblique, sous diaphragmatique, très étroit, canaliculaire, avec peu de contractions péristaltiques ; ses contours sont un peu flous, à sa partie moyenne. L'évacuation paraît se faire assez vite, sans qu'on voit se contracter l'estomac. Le diagnostic de néoplasme diffus de l'estomac semble de plus en plus probable.

Le malade demande à quitter le service le 21 février 1931.

(N° 4698)

OBSERVATION XVII

Le jeune B... Gaston, âgé de 13 ans, est envoyé dans le service, par le Dr Bouchut le 5 décembre 1932.

On ne trouve rien d'intéressant dans ses antécédents au point de vue pathologique, et l'on note simplement, à titre indicatif, l'absorption accidentelle, au mois de juin 1932, d'une petite agrafe métallique accolée à un bouton.

L'affection actuelle a débuté brutalement le 6 octobre 1932, alors que le malade travaillait aux champs, par une douleur peu intense du creux épigastrique, une heure après le petit déjeuner. Pendant huit jours, cette douleur persista sans changement, sans aggravation, sans aucun autre symptôme. Puis, le 15 octobre, apparurent, trois heures après le repas, des vomissements alimentaires, et, pendant cinq jours le malade vomit sans que sa douleur en fut changée. Un médecin fut consulté, un régime a été imposé, les vomissements disparurent et seul persista la douleur qui amène aujourd'hui le malade à l'hôpital. Elle est continue, paroxystique par moments, sans cause apparente, sans horaire fixe ; parfois la nuit elle gêne le sommeil.

C'est dans cet état que le malade arrive dans le service.

A l'entrée, garçonnet de 13 ans, un peu pâle, mais dont l'état général paraît bon ; sans amaigrissement important ; la température est à 38°.

L'examen de l'abdomen est gêné par une contracture réflexe généralisée ; cependant, on perçoit, à gauche du creux épigastrique, une masse dure superficielle, du volume d'un œuf de pigeon et douloureuse.

Le reste de l'examen est négatif.

Une radioscopie est pratiquée le 7 décembre 1932 par le Dr P. Ravault :

On constate, le malade ayant pris une baryte 10 heures auparavant, que l'estomac est vide, mais on voit sur la ligne médiane, une image hydroaérique. Après ingestion de la bouillie, l'estomac se remplit, mais il existe une lacune pylorique, une véritable amputation, qui persiste pendant tout l'examen. Le duodénum se remplit immédiatement et reste injecté dans sa totalité ; au niveau de la première portion du duodénum on constate une véritable image hydro-aérique avec niveau restant horizontal dans les changements de position.

Il est difficile de dire si cette bulle siège sur le duodénum, en arrière de lui, ou communique avec lui.

Deux heures après l'estomac est complètement vidé et toute la baryte est dans le colon. On ne retrouve plus d'image claire.

Un chimisme a été pratiqué dans les vomissements :

HCl libre : 0,73.

HCl combiné : 1,16.

Acidité totale : 1,89.

Deux réactions de Weber ont été pratiquées dans les vomissements, deux autres dans les selles ; elles ont été toutes les quatre positives.

Le 10 décembre 1932, on constate que l'état du malade est toujours le même, avec une température subfébrile à 38°, et un mauvais état général ; le teint est blafard, cireux et l'on trouve ce matin un léger subictère conjonctival.

Depuis deux jours, le malade a vomi un liquide noirâtre et peut-être sanglant.

A l'examen de ce matin, il semble que la tumeur épigastrique soit plus grosse qu'auparavant.

Le 10 décembre 1932, le Dr Bouchut dicte :

« Le diagnostic est difficile, on ne peut qu'émettre des hypothèses :

1° Soit celle de perforation d'ulcus latent, avec abcès sous-phrénique.

2° Soit celle, envisagée par le Dr Ricard, de kyste du pancréas.

En tous cas, une intervention s'impose dans des délais assez rapprochés. »

Intervention le 14 décembre 1932, Drs Ricard-Trillat.

Incision sus-ombilicale. A l'ouverture, liquide d'ascite ; on aperçoit d'abord le grand épiploon infiltré, (chair d'anguille) ; l'estomac est le siège d'une énorme tumeur medio-gastrique ; le revêtement péritonéal n'a gardé ni son poli, ni sa coloration. La tumeur occupe tout l'antre et se prolonge très haut sur la petite courbure. Adhérences serrées, particulièrement du lobe gauche du foie, qui fait couvercle sur une large perforation. Le lobe droit, la région vésiculaire sont épaissis, charnus, sans que l'on puisse parler de noyau intra-hépatique.

Tout exérèse est impossible. Il faudrait enlever tout l'étage supérieur de l'abdomen.

Mèche au contact de perforation et fermeture au fil métallique.

Aucune biopsie n'a été pratiquée.

Le malade part chez lui.

(N° 5032)

OBSERVATION XVIII

1^{er} séjour.

M^{lle} B., Marie, 40 ans, mécanographe, entre dans le service du Dr Bouchut, le 21 octobre 1933 pour « troubles d'origine hépatique ».

On ne trouve rien d'intéressant dans ses antécédents. Les troubles dont la malade se plaint sont assez complexes ; ils

ont débuté il y a un an, c'est-à-dire en 1932, par des vomissements aqueux ou bilieux, survenant le soir avant le repas. Ils sont accompagnés de phénomènes douloureux peu caractéristiques siègeant de préférence dans l'hypocondre droit. Depuis quatre mois, c'est-à-dire depuis le début de l'été, à la suite d'un deuil, l'état de la malade s'est aggravé ; les vomissements sont plus fréquents, les douleurs plus intenses et la malade a remarqué qu'elle présentait un peu de subictère. On ne note ni décoloration des matières, ni diarrhée, ni température, ni syndrômes migraineux. La malade dit qu'elle a maigri de trois kgs depuis un an à cause des restrictions alimentaires qu'elle s'est imposée.

A l'entrée, on constate un léger subictère des téguments ; la température est de 37° 5.

L'examen des voies digestives montre la langue un peu saburrale. La contracture de la paroi abdominale est telle qu'elle rend toute palpation profonde impossible.

Le reste de l'examen est négatif.

Radioscopie le 4 octobre 1933 ; le Dr Bouchut note :

« Contractions péristaltiques très fortes sur la grande courbure de l'estomac ; elles ne sont pas toutes suivies d'évaluation. L'impression résultant de l'examen radiologique est celle de néoplasme du canal pylorique. Malgré quelques variations de détail, l'image observée correspond à celle reproduite ci-dessous.

Un tubage gastrique est pratiqué à jeun qui ramène 30 cc. de liquide verdâtre.

L'analyse a montré :

HCl libre : 0,22 0/00.

HCl combiné : 1,20 0/00.

Acidité totale : 1,42 0/00.

Après repas d'épreuve : 50 cc. de liquide :

HCl libre : néant.

HCl combiné : 0,84 0/00.

Acidité totale : 0,84 0/00.

La température oscille entre 37° et 39°.

La malade passe dans le service du Dr Ricard avec le diagnostic de néoplasme du canal pylorique.

Intervention le 21 octobre 1933 : Drs Ricard-Bonamour.

A. G. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Il s'agit d'une énorme tumeur occupant l'antrum pylorique et accompagnée de nombreux et volumineux ganglions en particulier sous-pyloriques ; il en est d'autres qui remontent très haut sur la petite courbure le long de la coronaire. Néanmoins, la mobilité de la tumeur et la possibilité d'attirer le duodénum poussent à faire une gastrectomie. Celle-ci est effectuée de gauche à droite par section première du duodénum que l'on ferme en quatre plans. A droite on est obligé de remonter extrêmement haut, à cause de la présence de ganglions remontant très haut. On termine par une anastomose terminolatérale. Fermeture en un plan au fil métallique. Petit drain debout dans l'étage sus-mésocolique.

L'examen de la pièce montre une tumeur volumineuse, isolée de la paroi saine, avec de gros ganglions. La malade sort du service de chirurgie le 9 novembre 1933, guérie ; l'appareil digestif fonctionne bien ; l'état est excellent.

2^e séjour.

La malade revient dans le service du Dr Bouchut, le 3 août 1936. Depuis sa gastrectomie de 1933, l'état de la malade a été excellent jusqu'au mois de mai 1936. A cette date, elle commença à présenter des douleurs épigastriques, sans caractère particulier, sans vomissements, mais avec irradiation dans le dos et tendance à devenir continues.

Le 15 juillet 1936 s'est installé un ictère d'intensité progressivement croissante, accompagné de prurit, décoloration des matières, urines acajou. C'est pour lui que le Dr Rougier envoie la malade dans le service.

A l'entrée, malade de 43 ans, qui présente un ictère assez foncé, une température à 38°2 et un pouls à 60.

A l'examen, on sent à la palpation du creux épigastrique, une masse dure, à contour mal délimité, assez étendue.

Le Dr Guichard note le 4 août 1936 :

« La malade présente tous les signes d'un ictère par rétention, apparu il y a quinze jours et qui a été précédé d'une

période douloureuse de deux mois, avec température à 39°.»

Une radioscopie, pratiquée le 12 août 1936 a montré :

Un hémidiaphragme droit horizontal irrégulier, adhérent, avec peut-être un peu de liquide. Il existe un petit estomac qui se vide d'emblée dans l'intestin.

(N° 2938)

OBSERVATION XIX

M. C... Auguste, 40 ans, boulanger, entre dans le service du Dr Bouchut, le 13 mars 1929, pour troubles gastro-intestinaux et amaigrissement marqué.

Le malade signale que, depuis 1923, son état général est mauvais ; il a dû quitter son travail, parce qu'il maigrissait beaucoup et se sentait faible. Cependant, on ne note à cette époque aucun signe gastrique. C'est seulement, il y a un an, que son histoire digestive débute. Il s'agit d'une diarrhée sans caractère spécial, à raison de trois ou quatre selles par jour et d'une durée de trois ou quatre jours. Puis lui succède une phase de constipation de trois ou quatre jours et ainsi de suite. On ne note ni ténesme, ni épreintes, ni sang dans les selles, ni température. Cependant l'état général du malade est très touché ; il a maigri de 20 kgs depuis un an et se trouve très affaibli. Son appétit a considérablement diminué.

A l'entrée, on note l'extrême maigreur du malade, mais on ne trouve pas de signes apparents d'anémie.

L'examen du tube digestif montre la langue un peu sèche.

L'abdomen est simplement météorisé ; le reste de l'examen est entièrement négatif ainsi que le toucher rectal.

L'examen radioscopique est pratiqué le 23 mars 1929.

L'examen de l'estomac est rendu difficile par l'absorption la veille et l'avant-veille de barytes. On constate seulement une distention gazeuse de la partie médiane de l'abdomen avec surélévation du colon transverse et de l'estomac comme s'il y avait une sténose de l'intestin grêle.

Mais de nouveaux examens sont nécessaires pour conclure.

Radioscopie le 27 mars-1929. Le malade a pris une baryte la veille à quinze heures. Le gros intestin est très dilaté et rempli de baryte. On ne constate aucun arrêt du transit ; l'intestin grêle n'est pas nettement visible.

Le malade ingère une nouvelle baryte sous l'écran et l'estomac apparaît petit, télescopé de bas en haut. Ses contours sont difficiles à apprécier en raison de l'opacité du colon.

Radioscopie le 4 avril 1929. Nouvel examen de l'estomac qui apparaît télescopé comme auparavant ; l'évacuation se fait assez lentement ; l'estomac n'est pas canaliculaire et il ne semble pas y avoir d'autre déformation, que celle d'ordre mécanique signalée plus haut, due sans doute au météorisme.

Une nouvelle *radioscopie* pratiquée le 17 avril 1929 montre un estomac petit mais normal. Pas de signe de sténose de l'intestin.

Les matières ne présentent par le caractère de selles dysentériques.

Deux réactions de Weber pratiquées dans les selles ont été positives.

Pas de B. K. dans les selles.

Numération globulaire : 3.875.000 globules rouges.

En somme, à la date du 23 avril 1929, le diagnostic hésite entre une maladie organique, tuberculose ou cancer, à cause de la diarrhée, de l'asthénie, de l'insomnie ; et des troubles psychasthéniques accompagnés de signes secondaires digestifs, car tous les examens cliniques et radiologiques pratiqués jusqu'alors sont négatifs, la température est normale, l'état général stationnaire.

Une cinquième fois, le malade est passé à la *radioscopie* le 1^{er} mai 1929 et le Dr Bouchut note l'aspect nouveau de l'estomac :

Estomac petit, avec portion horizontale étroite et longue mal remplie par la baryte. Evacuation assez rapide.

On peut se demander si l'on n'est pas en présence d'une déformation par linite plastique à marche lente.

Le lendemain, 2 mai 1929, le Dr Bouchut revoit le malade au point de vue clinique, constate un peu d'œdème malléol-

laire du membre inférieur gauche et dicte la note suivante :

« Après l'examen radioscopique ci-dessus, il semble bien que l'on doit admettre le diagnostic de néoplasme gastrique à forme linitique évoluant de façon particulièrement lente, puisque le malade, depuis 1923, a cessé son travail pour asthénie et amaigrissement. Il est vrai que les troubles digestifs ne sont guère apparus que depuis un an environ ; ils consistent en diarrhée, anorexie, digestion un peu lente. Ce qui peut confirmer le diagnostic, c'est la constatation de Weber positifs, l'apparition d'un léger degré d'ascite et la constatation faite ce matin, d'un peu de suboedème du membre inférieur. »

Le 7 mai 1929, le malade demande à quitter le service. Son état général est stationnaire. L'oedème du membre inférieur est plus marqué.

OBSERVATION XX

M^{lle} B., Mathilde, 29 ans, lingère, est envoyée dans le service du Dr Bouchut, le 29 septembre 1923, par le Dr Evieux, pour un état anémique accompagné de troubles gastro-intestinaux.

Dans les antécédents de la malade, on note : un curetage du pied droit pour une ostéite, vraisemblablement tuberculeuse, et une pleurésie droite, survenue à l'âge de 25 ans, qui laissa la malade alitée deux mois.

L'affection actuelle remonte au printemps dernier, c'est-à-dire au mois d'avril-mai 1923. Il s'agit d'un syndrome anémique apparu progressivement à la suite de fatigues et de contrariétés, accompagné de pesanteur gastriques peu caractéristiques, ainsi que, de temps à autre, de vomissements aqueux et quelquefois alimentaires. Cependant la malade a pu continuer à travailler jusqu'au mois de juillet.

A compter de cette date jusqu'à l'entrée à l'hôpital, en septembre, une symptomatologie un peu différente s'est installée : les vomissements alimentaires se sont bien espacés

et se sont transformés en simples régurgitations muqueuses, striés en deux fois par des filets de sang.

Sur la symptomatologie habituelle, se sont depuis greffées des crampes et peut-être même une sensation de faim douloureuse au moment des repas.

Malgré de multiples traitements, la malade continue à perdre ses forces, à pâlir, sans pourtant perdre son embonpoint et son médecin l'envoie à l'hôpital pour anémie.

A l'entrée, on est en présence d'une malade très anémiée, au teint pâle, aux muqueuses décolorées, mais qui a conservé son embonpoint. On note une dyspepsie marquée, même au repos et très accentuée par le moindre effort. La température est à 39° le matin de l'arrivée.

L'examen de l'abdomen montre un embonpoint marqué de la paroi ; la palpation révèle une douleur uniquement localisée dans le creux épigastrique, le foie n'est pas gros. La palpation de l'hypocondre gauche fait sentir une masse assez confuse, paraissant descendre dans l'inspiration et qui est peut-être la rate.

L'examen du cœur révèle une tachycardie régulière à plus de 120 et une tension artérielle à 13/9. L'auscultation fait entendre un souffle anémique dans tout le champ précordial et dans les vaisseaux du cou.

L'examen pulmonaire ne montre aucune séquelle de la pleurésie signalée, si ce n'est une légère exagération des vibrations dans l'hémi-thorax droit. Le reste de l'examen somatique est négatif.

Une radioscopie est pratiquée le 30 septembre 1923 :

Une baryte, prise la veille, se trouve, ce matin, dans l'S iliaque et le caecum ; le colon transverse est vide.

L'estomac est plutôt petit avec un péristaltisme marqué et une évacuation rapide, au moins au cours de l'examen. Le duodénum est très facilement visible et sa première portion, horizontale, est en continuité directe avec le pylore. On ne trouve de point douloureux à la pression ni sur l'estomac, ni sur le duodénum. La mobilité est normale. Il n'y a pas de spasme. La malade a été revue une demi-heure plus tard, l'estomac contenait alors la moitié de la baryte absorbée.

Trois autres examens radioscopiques ont été pratiqués soit en position dorsale, soit en position ventrale, soit debout. Ils ont montré exactement la même image que lors du premier examen radiologique, c'est-à-dire un estomac du type tonique visible dans toute son étendue et paraissant normal.

Le 5 octobre on pratique un *chimisme gastrique* après un repas d'épreuve et l'on trouve :

HCl libre : 0.

Acidité totale : 1,09.

Acide lactique : présence.

Weber : négatif.

Un *tubage gastrique* a été encore pratiqué le 29 octobre 1923 :

HCl libre : 0.

Acidité totale : 0,11 0/00.

Weber : positif.

Analyse d'un vomissement :

HCl libre : 0.

Acidité totale : 1,53 0/00.

Weber : négatif.

Acide lactique : présence très nette.

Acides biliaires : réaction faiblement positive.

Pigments biliaires : réaction négative.

Trois réactions de Weber ont été pratiquées dans les selles 2 ont été positives, 1 négative.

Plusieurs examens microscopiques des selles ont été négatifs. Le dernier a révélé des kystes de *Lamblia*. On n'a pas trouvé de *B. K.*

Un examen de sang ne montre aucun élément blanc anormal pouvant faire penser à une leucémie. La numération des globules rouges donne le chiffre de 3 millions.

Deux autres numérations ont été faites ; elles ont montré : 3.472.000 et 3.571.000 G. R.

10.000 G. B.

Le 18 octobre on note : depuis l'entrée de la malade, la fièvre a notablement baissé et la température oscille entre 37° et 38° ; l'état anémique reste stationnaire et les troubles gastriques se présentent maintenant sous forme de douleurs

nocturnes assez vives à type de crampes, calmées par l'ingestion d'un peu de lait. Dans la journée, ces douleurs un peu moins fortes, paraissent 2 ou 3 heures après les repas. Il semble donc qu'on soit en présence de la forme anémique d'un ulcère gastrique ou duodénal, en notant cependant l'examen radioscopique négatif, l'hypochlorhydrie décelée par le chimisme gastrique, le Weber négatif dans liquide de l'estomac et les selles.

Le 20 octobre 1923 : la malade fait un nouvel épisode, cette fois diarrhéique, accompagné de vomissements et de douleurs diffuses dans l'abdomen ; la température est montée à 39°, la rate est plus grosse que précédemment et le foie, augmenté de volume, très douloureux, occupe tout l'épigastre. On se trouve dans l'impossibilité de déterminer la cause de cette affection, à moins d'incriminer le rôle pathogène des coccidies trouvées à plusieurs reprises dans les selles. La diarrhée a disparu au début du mois de décembre ainsi que la température revenue à 37° 4 coïncidant avec un traitement quininique.

Cependant cette rémission ne dure pas longtemps ; la malade ne vomit plus.

La palpation fait sentir une résistance anormale de la paroi dans toute la région sus-ombilicale ; la pression de l'épigastre est très douloureuse : il semble que l'on sente 2 masses l'une à gauche paraissant être la rate, l'autre surtout épigastrique paraissant être le foie. On ne parvient pas à établir un diagnostic précis ; les examens radioscopiques successivement négatifs invitent à abandonner le premier diagnostic d'ulcus à forme anémique pour celui bien plus vague d'anémie symptomatique d'un état septicémique à évolution lente avec hépato et splénomégalie, sans qu'on puisse déceler l'agent causal.

A partir du mois de janvier, l'évolution s'accélère, la température est toujours élevée la malade se cachectise et présente une phlégmatia bi-latérale. L'examen de l'abdomen reste toujours analogue et la malade meurt le 9 février 1924.

A l'autopsie, on constate que la masse épigastrique sentie à l'examen correspond au pylore et à la petite courbure épaissies. L'estomac, adhérent au foie, montre une volumineuse tumeur bourgeonnante remontant jusqu'au cardia, s'étendant sur les deux faces de l'estomac entourant complètement le pylore et la région pré-pylorique. Le pylore est perméable. C'est cette masse adhérente au foie et au diaphragme que l'on percevait pendant la vie.

Le duodénum est entièrement sain ainsi que l'œsophage et l'intestin.

Examen histologique (Dr Bouchut) : Estomac : la couche glandulaire est profondément remaniée, remplacée par des cordons cellulaires formés de cellules épithéliales tassées entre de minces tractus conjonctifs ; quelques uns de ces boyaux présentent une ébauche de lumière centrale.

La sous-muqueuse, la couche musculaire, et la couche sous-péritonéale sont infiltrées de nappes cellulaires, çà et là coupées par des travées conjonctives.

Il s'agit de cellules épithéliales assez volumineuses, la plupart avec des noyaux atypiques et de nombreuses figures de kariokynèse. Les nerfs, vaisseaux et lymphatiques sont bourrés de cellules épithéliales analogues. Çà et là quelques rares ébauches de néo-formation glandulaires.

Foie très gras avec quelques cellules rondes au niveau des espaces portes.

Rate simplement congestionnée.

CONCLUSIONS

1) Le cancer d'estomac avant 40 ans est une éventualité rare mais non exceptionnelle. Nous en avons trouvé 20 cas dans une statistique d'environ 400 observations de cancers d'estomac, réunies en 18 ans de pratique hospitalière par le même observateur.

2) Le cancer gastrique du jeune présente une symptomatologie et une évolution clinique analogues à celle du cancer de l'âge mûr ; pourtant la forme à symptomatologie classique est plus rare alors que le cancer ulcé-riforme et les formes atypiques sont plus fréquentes.

3) L'évolution, contrairement aux données habituellement admises, n'est pas plus rapide dans le cancer du jeune que dans celui de l'âge mûr ; les formes à évolution foudroyante, considérées comme classiques chez le jeune, semblent exceptionnelles, par contre les formes à évolution lente nous ont paru spécialement fréquentes.

4) Le diagnostic se présente habituellement dans les mêmes conditions qu'après 40 ans, il est seulement plus difficile du fait que, chez un jeune sujet, on ne pense pas assez au cancer mais trop facilement à l'ulcère simple.

5) La radioscopie d'abord, puis la radiographie ont simplifié beaucoup ce diagnostic et permettent actuellement de l'affirmer dans la presque totalité des cas.

Le Président de la Thèse,
A. CADE.

Vu :
Le Doyen,
J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 12 juin 1939,
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDIBERT. — Un cas de cancer à l'estomac chez une femme de 25 ans (*Lyon-Médical*, 13 août 1876).
- BOUCHUT et LEVRAT. — La dégénérescence cancéreuse de l'ulcère d'estomac (*J. de M. de Lyon*, 1932, p. 245).
- BOURNIQUE. — 25 observations d'épithéliomas des voies aéro-digestives supérieures dans leur rapport avec la syphilis (*Thèse de Paris*, 1929).
- BEGOUIN. — Cancer chez les jeunes (*Société de chirurgie de Bordeaux*, 11 avril 1935).
- BARROS (P.). — Sur quelques cas de forme floride du cancer de l'estomac (*Thèse de Bordeaux*, 1936, N° 135).
- BRUN (M.). — Diagnostic anatomique et clinique de l'ulcère chronique de l'estomac et de certaines formes de cancer gastrique (*Thèse de Lyon*, 1934-35).
- BRACHET (S.). — Cancer gastrique : étude du cancer ulcéro-forme (*Thèse de Lyon* 1937-38).
- BARD. — Note sur un cas de cancer précoce de l'estomac (*Lyon Médical*, 1884).
- COSTANTINI, MARRIL et GUEDJ. — Epithélioma gastrique chez un homme de 20 ans (*Société de chirurgie d'Alger*, janvier 1930).

- CAROLI et LAVERGNE. — Ictère hémolytique aigu par carcinomatose de la moëlle osseuse secondaire à un cancer de l'estomac (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 9 juillet 1937).
- CHEVALIER (R.). — Le diagnostic gastroscopique précoce du cancer antro-pylorique (*Journal de Médecine de Lyon*, 5 novembre 1936, p. 719).
- CADE et MILHAUD. — Le syndrome hypersthénique dans le cancer de l'estomac (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 août 1934, p. 551).
- CHAPUY (A.). — Le décentrement pylorique, signe radiologique d'ulcère gastroduodénal (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, tome 26, n° 5, mai 1936).
- CONSTANTINESCO (S.). — Contribution à l'étude du cancer d'estomac revêtant la symptomatologie du cancer du rectum (*Thèse de Lyon* 1924-25).
- CROISAT et PEISSEL. — Granulie pulmonaire cancéreuse consécutive à un cancer d'estomac, chez un homme de 26 ans, (*Lyon Médical*, 17 juillet 1938.)
- DECRESSAC (J.-E.). — Des périgastrites antérieures suppurées dans le cancer d'estomac (*Thèse de Paris*, 1924).
- DUMITRESCO THEODORE. — Epithélioma à caractère squirreux de l'estomac suivi d'un cancer aigu généralisé (carcinose miliaire aiguë) simulant cliniquement une granulie (*Bull. et Mem. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1935, n° 25).
- DESPLAS (B.), R. A. GUTMANN et J. ARNOUS. — Un cas de linite gastrique au début. Difficulté du diagnostic (*Société de Gastroenterologie de Paris*, 8 mars 1937).
- DUPLANT. — De la prétendue transformation de l'ulcère rond en cancer (*Thèse de Lyon*, 1897-1898).
- DRANE (R.). — Bref aperçu sur le sarcome de l'estomac. Relation d'un cas de lymphosarcome primitif (*Amer. Journ. Roentgen*, décembre 1935, n° 6).

- P. EMILE-WEIL et M. LAMY. — Deux cas d'anémie grave chez deux sœurs, causés l'un par une intoxication novarsé-nobenzolée, l'autre par un cancer gastrique (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 20 mars 1925).
- ESSARD (H.) — Contribution à l'étude clinique du cancer de l'estomac chez le jeune (au-dessous de 25 ans), (*Thèse Lyon*, 1907).
- FREYDOUN KECHAVARZ. — L'ulcéro-cancer de l'estomac (sa fréquence, ses formes cliniques) (*Thèse de Paris* 1934).
- FELDMANN. — Nouvelle étude radiologiques sur le cancer de l'estomac (*Amer. Journ. of Roëntg.* octobre 1933, n° 4).
- GUTTMANN, BEAUJART et HARDEL. — Sur un diagnostic difficile de cancer gastrique (*Société de Radiologie Médicale de France*, 8 juin 1937).
- GUTMANN (R. A.), J. SENEQUE, IVAN BERTRAND et G. BEAUGEARD. — Un cas de cancer ulcéroforme de l'estomac au début (*Société médicale des hôpitaux de Paris*, 8 juin 1937).
- GUTMANN (R. A.), CHARRIER, BERTRAND IVAN et BEAUREGARD. — Un cas de cancer ulcéroforme au début (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.* n° 18, 1936).
- GUTMANN (R. A.), et G. LÉWY. — Ulcère peptique après gastro-entérostomie pour cancer (*Arch. M. App. Dig.* 19-1933, p. 771).
- GALLART-MONES et A. PINOS (de Barcelone). — A propos de la communication de R. SAVIGNAC sur les fausses images radiologiques du cancer gastrique (*Société de Gastro-entérologie de Paris*, 14 juin 1937).
- GUTMANN (R.). — Syndrôme douloureux de la région épigastrique (*T. I.*, p. 353, *Edition* 1934).
- GUTMANN (R.). — A propos du diagnostic entre l'ulcère gastrique et le cancer (*Société de Gastro-entérologie de Paris*, 14 janvier 1935).
- GAUTIER (M^{lle}). — Cancer d'estomac : contribution à l'étude des localisations hautes et spécialement de la modalité pseudosplenomégalique (*Thèse de Lyon*, 1931-32).
- HAYEM G. — Nouvelles contributions à l'étude des formes cliniques de l'ulcéro-cancer prépylorique (*Presse Médicale*, n° 72, 8 septembre 1928).

- HAUSER (H.) et G. T. PACK. — Le radio diagnostic des tumeurs malignes de l'estomac (*Radiology*, fév. 1936, n° 2, p. 221-233).
- JUPIN (H.). — Contribution à l'étude de la forme œsophagienne du cancer d'estomac (*Thèse Paris*, 1925).
- JACOB (M. A.). — Cancer de l'estomac chez un homme jeune ; mort par péritonite aiguë (*Société de Médecine du Bas-Rhin*, 30 mai 1931).
- JAMMES FIRMIN. — Contribution à l'étude de la forme ascitique du cancer d'estomac (*Thèse Lyon*, 1924-25).
- LEVRAT. — Le problème de l'ulcéro-cancer (*J. de Médecine et de chirurgie pratique*, 10 juillet 1937).
- MARINOFF (N.). — Contribution à l'étude du cancer précoce de l'estomac (jusqu'à 30 ans), (*Thèse de Paris*, 1932).
- MAYRARGUE (M.). — La linite plastique gastro-intestinale (*Thèse Paris*, 1929).
- MAMOUL (L.). — Contribution à l'étude du cancer gastrique sous-cardiaque (*Thèse Paris*, 1926).
- MOUTIER (F.), ALBAN GIRAULT et Ch. DEBRAY. — Pseudo-cancer d'origine syphilitique. Son aspect gastrosco-pique (*Société de Gastro-entérologie de Paris*, 12 avril 1937).
- MORIAN (R.). — Le cancer gastrique des jeunes sujets (*Arch. f. neur. chir.*, 1931, t. ch. XIV, p.329-349).
- MATHIEU (M.). — Du cancer précoce de l'estomac (*Thèse Lyon* 1884).
- MATHIEU. — Pathologie gastro-intestinale.
- PETIT. — Epreuve de l'histamine chez l'adulte comme moyen de diagnostic entre ulcère et cancer gastrique (*Thèse Paris*, 1926).
- ROUSSEAU (E.). — De quelques formes et cas rares du cancer de l'estomac (*Thèse Paris*, 1911).

RIMBAUD (L.), G. ANSELME MARTIN et M. CADILLAC. — Deux cas de cancer gastrique chez des adultes jeunes (*Société des Sciences médicales et biologie de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*, mai 1935).

ROUSSELIN (L.). — A propos des métastases ovariennes des cancers de l'estomac, étude clinique (*Thèse Lyon*, 1930-31).

SANEROT. — Le cancer de l'estomac à évolution lente (*Thèse Lyon*, 1906).

SERRE (A.). — Des cas d'anémie aiguë dans l'ulcéro-cancer de l'estomac (*Thèse Paris*, 1931).

SAVIGNAC (R.). — Fausse image radiologique de cancer gastrique (*Arch. Mal. App. dig.*, T. 27, n° 3, 1937).

VAIREL (J.). — Cancer gastrique et alcoolisme (*Thèse Lyon*, 1932-33).

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE PREMIER. Historique.....	13
CHAP. II. Etiologie.....	19
CHAP. III. Etude clinique.....	23
1) Formes à type d'ulcéro-cancer.....	24
2) Formes classiques de cancer gastrique.....	30
3) Formes anormales	32
CHAP. IV. Evolution clinique.....	37
CHAP. V. Etude radiologique.....	41
Examens spéciaux	44
CHAP. VI. Diagnostic.....	53
CHAP. VII. Traitement	59
CHAP. VIII. Anatomie pathologique.....	63
CHAP. IX. Observations.....	67
CONCLUSIONS	117
BIBLIOGRAPHIE	119

